В. Е. ГРЕЧКО

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

«МЕДИЦИНА»

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

В. Е. ГРЕЧКО

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



МОСКВА · «МЕДИЦИНА» 1983

ББК 52.5
Г81

Рецензент профессор *Е. И. Гусев*

Гречко В. Е.
Г 81 Головная боль. — М.: Медицина, 1983. — 96 с., ил. — (Науч.-попул. мед. литература.)

15 к.

В. Е. ГРЕЧКО — д-р мед. наук, проф., зaa. кафедрой нервных болезней Московского ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института нм. Н. А. Семашко.

Одним из самых распространенных симптомов различных болезненных состояний организма является головная боль. Она может возникать, как у практически здоровых людей, так и при разнообразных болезненных состояниях.

В брошюре рассказывается о причинах возникновения, основных механизмах развития, особенностях многочисленных видов головной боли, излагаются основные принципы ее профилактики и устранения. Приведены рекомендации больным при головной боли.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

Г $\frac{4112000000-188}{039(01)-83}$ 167—83 ББК 52.5

ВЛАДИСЛАВ ЕВДОКИМОВИЧ ГРЕЧКО

Головная боль

Зав. редакцией И. В. Туманова. Редактор И. В. Тоболева.
Художественный редактор О. А. Четверикова. Художник А. В. Шипов.
Технический редактор Г. Н. Тюрина. Корректор Т. Р. Твертнева.

ИБ № 3091

Сдано в набор 1.11.82. Подписано к печати 21.12.82. Т-15810. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бумага тип. № 2. Гарнитура литер. Печать высокая. Усл. печ. л. 5,04. Усл. кр.-отт. 5,23. Уч.-изд. л. 5,35. Тираж 300 000 (1—150 000). Цена 15 к. Зак. 1533.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Головная боль... Вряд ли есть человек, который не знал бы, что такое головная боль, — это неприятное, тягостное, мучительное, порой даже нестерпимое ощущение! Исследования показывают, что в разных странах от 50 до 90% населения страдают головной болью.

Вероятно, сколько лет существует человек, столько лет существует и головная боль. Известно, что головная боль чрезвычайно многообразна по своим проявлениям. Это отмечают не только ученые, но и сами больные. Так, одна из наших больных, излагая свои жалобы, говорила: «Головная боль у меня бывает разной. Я знаю, когда голова у меня болит в связи с повышением температуры тела, когда от повышения артериального давления, когда от мигрени, а когда от причин, которые я определить не могу».

Уже этот факт позволяет сделать вывод, что имеются различные причины возникновения головной боли, различные механизмы ее развития и индивидуальные особенности проявления.

Необходимо отметить, что, кроме причин, непосредственно вызывающих развитие головной боли, есть причины, ее провоцирующие. Например, каждому понятно, что неприятное известие нельзя считать причиной головной боли, так как в большинстве случаев головная боль при неприятных известиях не появляется, но у некоторых людей она возникает после отрицательных (кстати, иногда и после положительных) эмоций. Конечно, в данных случаях неприятное известие оказывается фактором, который при наличии соответствующих изменений в организме, способствует появлению головной боли. Непосредственных причин головной боли очень много. Среди них можно назвать травму, инфекционные заболевания, интоксикации, эндокринные нарушения, заболевания сосудов, внутренних органов и т. п.

В связи с многообразием причин различны и механизмы развития головной боли, а отсюда и различны методы ее устранения. И неправильно считают некоторые люди, что во всех случаях головной боли достаточно принять обезболивающее средство и головная боль уменьшится или пройдет.

К сожалению, это мнение нередко подкрепляется и нашими фармацевтическими учреждениями. Так, в большинстве аптек на прилавках содержится ряд препаратов под общим названием — «средства от головной боли». Они рекомендуются больным без учета причины и механизмов ее возникновения. Такое положение нельзя считать правильным. Несмотря на то что в ряде случаев применение препаратов обезболивающего действия и уменьшает или даже устраняет головную боль полностью, прием лекарств без выяснения причин и механизма развития боли может не только не принести пользы, но иногда и повредить больному.

В медицине существует деление головных болей на две основные группы: симптоматическая головная боль, являющаяся лишь симптомом заболевания, и головная боль как основное заболевание. Чтобы проиллюстрировать это деление, я позволю себе обратиться к одной из статей журнала «Наука и жизнь» (1981, № 10), озаглавленной «Болит голова — проверьте почки». В ней рассказывается о молодой женщине, которая более 2 лет страдала головной болью и пользовалась такими общепринятыми средствами от головной боли, как анальгин, цитрамон, пенталгин и т. п. Вначале они ей помогали, но затем перестали помогать. Эта женщина обратилась к врачу, и у нее было выявлено... хроническое заболевание почек. В данном наблюдении головная боль была одним из симптомов скрыто протекающего заболевания почек (пиелонефрита). Это симптоматическая головная боль. Примером головной боли, как основного заболевания, может служить мигрень. В большинстве случаев головная боль — симптом какого-то заболевания, как остро протекающего, так и хронического.

Часто головная боль является одним из последствий перенесенного заболевания. В результате болезненных процессов или врожденной слабости тех или иных систем организма, меняется состояние нервной системы и возникает неврогенно или психогенно обусловленная головная боль, т. е. головная боль вследствие перена-

пряжения основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Эти виды головной боли называются функциональными и легко поддаются лечению обезболивающими средствами. К счастью, примерно 90% всех случаев головных болей являются функциональными головными болями, около 8% — это сосудистые головные боли и лишь приблизительно 2% случаев — результат непосредственного поражения нервной системы. Поэтому при первом появлении головной боли не следует ставить себе диагноз опухоли головного мозга, как это нередко бывает, но и не нужно оставаться безразличным к этому симптому. Во всех случаях длительно продолжающейся или повторно появляющейся головной боли необходимо обратиться к врачу.

Будучи симптомом многих заболеваний, головная боль нередко имеет ряд особенностей, характерных для того или иного заболевания. Точно зная характер головной боли, время ее появления, локализацию, степень выраженности, продолжительность, особенности течения и т. п., врач-специалист в большинстве случаев может правильно поставить диагноз, а значит, и назначить причинно-обоснованное лечение.

Следовательно, оттого, как больной изложит жалобы, во многом зависит постановка правильного диагноза. И если больной желает получить квалифицированную медицинскую помощь, он должен не ограничиваться фразой «у меня болит голова», а как можно полнее описать свои болевые ощущения.

В связи с тем что книга не рассчитана на специалистов, в ней излагаются лишь общие принципы лечения и профилактики головной боли. Она не должна рассматриваться как популярный справочник по лечению головных болей, тем более для самолечения. В нашей стране нет необходимости самолечения без контроля врача: СССР по числу врачей занимает первое место в мире.

Ознакомление широкого круга читателей с клиническими проявлениями и разнообразием причин возникновения головной боли — одна из основных задач книги. Прочитав эту брошюру, читатель сможет уяснить себе, что головная боль не такой уж безобидный симптом и что ее устранение в каждом отдельном случае требует особого подхода, специальных методов обследования и лечения, основанных на изучении механизмов развития головной боли.

НЕМНОГО О БОЛИ ВООБЩЕ И О БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГОЛОВЫ

Боль и головная боль известны человечеству давно. И очень давно известны различные методы их лечения. В древних надписях на камнях, сделанных более 5 тыс. лет назад, встречается термин «страдающий головной болью».

Лечение головных болей в Китае проводилось более 2,5 тыс. лет назад. В книге «Цжичжуан» (581 г. до н. э.) китайские врачи рекомендуют лечить головную боль методом чжень-цзю-терапии (иглоукалывание и прижигание).

Согласно сообщению древнегреческого историка Геродота, в Древнем Египте жрецы, занимавшиеся врачеванием, специализировались по лечению разных болезней и среди этих жрецов имелись лечившие лишь головную боль.

Описание больных, страдающих головной болью, встречается в трудах Гиппократа, жившего почти 2,4 тыс. лет назад (460 — 370 г. до н. э.). Греческие ученые Сократ (470 — 399 г. до н. э.) и его ученик Платон (428 — 348 г. до н. э.) знали о зависимости между напряжением или волнением и головной болью. Соран Эфесский (98—138 г. н. э.), древнегреческий врач, грек по национальности, практиковавший в Риме, дал удивительно информативное описание как хронической головной боли, так и мигрени. Древнеримский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (129—201 г. н. э.) ввел для обозначения боли в одной половине головы термин «гемикрания». К средствам лечения этого заболевания он причислял диету, гимнастику, ванны, растирания и кровоизвлечения (кровопускание).

В развитие учения о головной боли определенный вклад внесен учеными арабоязычной медицины: аль-Фараби (870 — 950), Абу Рейхан Бируни (973 — 1048) и особенно Абу Али Хусейн ибн Синой (Авиценной)

(980—1037). В своей знаменитой книге «Канон врачебной науки» Авиценна описал несколько видов головной боли и в том числе мигрень. Многие способы и методы лечения головной боли, которые приводятся в «Каноне врачебной науки», не утратили значения и в настоящее время.

Приведенные здесь краткие сведения из истории изучения головной боли свидетельствуют о том, что, только по имеющимся в распоряжении историков зафиксированным фактам, человечество страдает головной болью более 5 тыс. лет и, несмотря на это, не может от нее избавиться. Возникает закономерный вопрос: необходима ли головная боль для человека или без нее можно обойтись?

Но прежде чем говорить о головной боли, следует сказать несколько слов о боли вообще.

Боль и болевая чувствительность. Боль — одно из самых распространенных ощущений. Многие знают, что характер, степень выраженности, продолжительность, локализация и другие особенности боли могут быть очень разными. Боль всегда неприятна, и организм стремится избавиться от нее. Вместе с тем оказывается, что боль организму полезна, так как она сигнализирует о возникших в нем неполадках. Древние греки говорили, что боль — «сторожевой пес здоровья». Боль предупреждает организм о вредоносном действии механических, химических, электрических и других повреждениях, ожогов, отморожений и т. п. Но боль не только извещает человека о неблагополучии. Она заставляет организм принимать ряд мер к устранению причин, вызывающих ее. Это происходит рефлекторным путем. Известно, что рефлекс — ответная реакция организма на действие различных раздражителей. Действительно, стоит человеку лишь прикоснуться к чему-либо, горячему или очень холодному, острому и т. п., что может подействовать вредоносно, как он немедленно отстраняется от действия повреждающего фактора.

Таким образом, боль не только сигнальное, но и защитное приспособление. Люди, у которых отсутствует чувство боли (это может быть редким врожденным дефектом или же следствием заболевания нервной системы — так называемая сирингомиелия — и последствием кровоизлияния в спинной мозг — гематомиелии), не способны вовремя избежать воздействия повреждающе-

го фактора и могут оказаться жертвой случайности, хотя постоянно применяют меры предосторожности. У этих людей на коже имеются многочисленные рубцы от перенесенных ожогов, ранений, воздействия лучистой энергии и т. п.

Однако как не трудно человеку, лишенному чувства боли, еще труднее ему, когда боль продолжается длительно. Выполнив свою защитную функцию, боль становится злейшим врагом организма. Под воздействием боли снижается двигательная активность, нарушаются сон, аппетит и т. п.

Чувство боли человек ощущает благодаря деятельности нервной системы. Основные отделы нервной системы — это головной мозг, спинной мозг, нервные стволы и их концевые приборы (рецепторы, превращающие энергию внешнего раздражения в нервные импульсы).

Головной и спинной мозг составляют центральную нервную систему, все остальные отделы нервной системы — периферическую нервную систему. В головном мозге выделяют полушария и ствол мозга. Полушария представлены белым веществом — нервными проводниками и серым веществом — нервными клетками. Серое вещество головного мозга расположено в основном на поверхности полушарий, образуя кору головного мозга. Оно находится также в глубине полушарий в виде отдельных скоплений клеточных групп. Это так называемые подкорковые узлы. Среди последних в формировании болевых ощущений большое значение имеют зрительные бугры (левый и правый). В них сконцентрированы клетки всех видов чувствительности организма. В стволе мозга скопления клеток серого вещества образуют ядра черепных нервов, от которых начинаются нервы, обеспечивающие чувствительность и двигательную реакцию органов.

В процессе длительного приспособления живых существ к условиям окружающей среды в организме сформировались особые чувствительные нервные окончания, которые превращают разных видов энергию, поступающую от внешних и внутренних раздражителей, в нервные импульсы. Они получили название рецепторов. Строение и функции рецепторов различны. Рецепторы имеются практически во всех тканях и органах. Одни из них воспринимают тактильные раздражения (чувство

прикосновения, давления, массы тела и т. п.), другие — термические, воспринимают ощущение тепла, холода, их сочетание и т. п., третьи — химические, воспринимают действие различных химических веществ и т. п. Самое простое строение имеют болевые рецепторы. Болевые ощущения воспринимаются свободными окончаниями чувствительных нервных волокон. Болевые рецепторы головы по строению не отличаются от рецепторов боли, находящихся в других частях организма.

Болевые рецепторы располагаются в различных тканях и органах неравномерно. Больше всего их в кончиках пальцев, на лице, слизистых оболочках. Богато снабжены болевыми рецепторами стенки сосудов, сухожилия, мозговые оболочки, надкостница (поверхностная оболочка кости). Известно, как болезненны удары в области надкостницы в тех участках, где она не покрыта мягкими тканями, например на передней поверхности голени. В то же время операции на самой кости безболезненны, так как в кости нет болевых рецепторов. Мало болевых рецепторов в подкожной жировой клетчатке. Не имеет болевых рецепторов вещество мозга. В связи с тем что оболочки мозга снабжены болевыми рецепторами в достаточной степени, сдавливание или растяжение оболочек вызывает болевые ощущения значительной силы.

Чувствительность к боли зависит не только от количества болевых рецепторов, но и от возраста и пола (дети чувствительнее взрослых, женщины, как правило, выносливее, терпеливее по сравнению с мужчинами). Имеется зависимость от состояния психики. Все, что способствует отвлечению внимания от болевого раздражения, уменьшает ощущение боли. Этим объясняется ослабление или прекращение болевых ощущений в период аффектов, при экстазе, гневе, страхе. Увлеченный чем-либо человек не ощущает боли. Например, в пылу сражения он может не заметить ранения. И, наоборот, при состояниях депрессии, физического утомления, нервного истощения ощущение боли возрастает. Ожидание и опасение усиливают болевые ощущения; то же происходит при отсутствии отвлекающих моментов. Этим же можно объяснить усиление всех видов боли в ночное время.

Болевые импульсы, будучи приняты рецепторами, направляются затем сложным путем по специальным

чувствительным волокнам в различные отделы головного мозга и в конечном счете достигают клеток коры полушарий мозга.

Центры болевой чувствительности головы расположены в различных отделах центральной нервной системы.

Деятельность коры головного мозга во многом зависит от особого образования нервной системы — сетчатой формации ствола мозга, которая может как активировать, так и тормозить деятельность коры больших полушарий.

Болевая чувствительность головы. Рассмотрим отдельно иннервацию внечерепных и внутричерепных образований головы.

Самое поверхностное внечерепное образование головы — кожа. Под ней располагаются подкожная жировая клетчатка, затем мышцы, сухожилия, надкостница и, наконец, кости черепа. К внечерепным образованиям относятся также полость рта, язык, глотка и гортань. Во всех структурах имеются рецепторы, воспринимающие различные раздражения: болевые, температурные, тактильные и т. п.

Лицо и передняя часть головы иннервируются тройничным нервом, а затылочная область — затылочными нервами.

Полость рта иннервируется в основном чувствительными ветвями тройничного нерва, тесно связанными с вегетативными узлами и расположенными в области головы. Этими связями объясняется появление при головных и лицевых болях вегетативных нарушений в виде покраснения или побледнения, усиления пото- и слюноотделения, расширения зрачков и т. п.

Все нервные ветви связаны между собой, поэтому боль распространяется на разные отделы головы и лица, например, боль в области больного зуба на нижней челюсти — на всю соответствующую половину головы, а иногда и на всю голову, боль в затылочной области — на височную, лобную области и т. д.

Чувствительные рецепторы имеются в стенках кровеносных сосудов, артерий и вен, в частности внечерепного отдела головы.

Основными внутричерепными образованиями головы являются оболочки мозга, вещество мозга, сосуды. Мозг покрывают три оболочки. Самая наружная — твердая

мозговая оболочка. Под ней находится так называемая паутинная, или арахноидальная, оболочка (греч. арахне — паук). Непосредственно к мозгу прилежит сосудистая мозговая оболочка. Почти на всем протяжении паутинная и сосудистая оболочки представляют собой единое образование, поэтому их называют мягкой мозговой оболочкой.

Твердая мозговая оболочка плотно сращена с внутренней поверхностью костей черепа, для которых она служит надкостницей. В толще твердой мозговой оболочки находятся артерии, вены, нервные волокна и их окончания (в основном от тройничного нерва, других нервов и вегетативных сплетений сосудов).

Между паутинной и сосудистой мозговыми оболочками имеется щелевидное пространство, пронизанное многочисленными соединительными волокнами — так называемое подпаутинное, или субарахноидальное, пространство. Оно заполнено особой жидкостью, которая вырабатывается сосудистыми сплетениями. Эта жидкость называется ликвор (лат. ликвор — жидкость, влага), или спинномозговая жидкость. Отток спинномозговой жидкости осуществляется в венозную систему посредством особых образований. Паутинная оболочка не имеет сосудов.

В сосудистой оболочке головного мозга много сосудов. В их стенках расположены разнообразно и сложно построенные чувствительные рецепторы. Их волокна объединяются между собой, образуя ряд нервных сплетений сосудистой оболочки мозга. Особенно много волокон на основании мозга.

Как видно из всего изложенного выше, разные структуры головы имеют неодинаковое число рецепторов, чувствительных к боли, чем и объясняется неодинаковая чувствительность к боли разных тканей головы. Очень быстро реагирует на механические, температурные (тепловые и холодовые), химические, электрические и другого вида раздражения кожа головы. Находящийся под кожей сухожильный шлем чувствителен лишь к механическим раздражениям. Различной оказывается болевая чувствительность надкостницы черепа: наиболее чувствительна к болевым раздражениям область надбровных дуг и нижней части височной кости.

Большей чувствительностью к боли отличаются артерии черепа; мозговые артерии чувствительны к боли

лишь в области основания мозга (мозжечковые артерии) и в задней черепной ямке.

Из оболочек наиболее чувствительна сосудистая, затем твердая мозговая оболочка. Однако и здесь области чувствительности неодинаковы. Сильнее всего на болевые раздражения реагируют участки оболочек в области основания черепа, преимущественно в передней мозговой ямке, а также в местах прохождения венозных синусов и мозговых вен.

Каковы же основные факторы, приводящие к возбуждению болевых рецепторов и механизмы развития головной боли?

Основные механизмы развития головной боли. Принято считать, что в понятие «головная боль» включаются болевые ощущения, локализующиеся внутри черепа или же одновременно внутри черепа и в разных участках головы.

Головная боль в основном симптом, а не болезнь. Различают головную боль при органических и функциональных заболеваниях. Органическими считаются заболевания, при которых возникают структурные изменения в тканях организма. При функциональных заболеваниях видимых изменений в строении тканей организма не выявляется, а происходит лишь нарушение взаимодействия отдельных звеньев и систем организма. Органическими заболеваниями нервной системы, например, являются опухоли мозга, ушибы мозга, кровоизлияния и др., функциональными — неврозы (истерия, неврастения и т. п.). Если болевые импульсы не воспринимаются клетками коры головного мозга, то ощущение головной боли отсутствует. В этом легко убедиться, наблюдая состояние организма, когда происходит торможение активности нервных процессов в клетках коры головного мозга. Головная боль не ощущается во время крепкого сна, наркоза, в периоды сильного эмоционального возбуждения, гипнотического внушения и т. п. В этих случаях болевые импульсы не воспринимаются корой, и головной боли человек не чувствует. Следовательно, в механизме развития головной боли имеют значение раздражение болевых рецепторов различных структурных образований головы и передача этих импульсов в особые отделы мозга, в том числе в клетки коры, где формируется ощущение головной боли.

Как уже указывалось выше, на рецепторы оказыва-

ют воздействие разные виды энергии: механической, термической, электрической, лучистой, химической и т. п. Их действие на организм может проявляться извне и изнутри.

Многим знакома головная боль, развивающаяся при воздействии на ткани головы механических, термических и других факторов. В этих случаях импульсы, возникающие в болевых рецепторах кожи, сосудах тканей и других структурах по соответствующим волокнам направляются в отделы мозга, формирующие ощущения головной боли. Рассмотрим основные факторы, приводящие к раздражению болевых рецепторов.

Механический фактор. Болевые рецепторы могут раздражаться вследствие сдавления нервных окончаний и нервных волокон патологическими образованиями, располагающимися внутри или вне черепа. Такими образованиями могут быть рубцы, абсцессы, аневризмы (местное расширение сосудов), опухоли, внутримозговые кровоизлияния, воспалительные процессы и т. п.

Раздражение болевых рецепторов может также наблюдаться при затруднении оттока крови из головы и жидкости из желудочков мозга. Все это приводит к повышению внутричерепного давления, в результате чего натягиваются внутричерепные образования (оболочки мозга, сосуды и т. п.), чувствительные к боли, и происходит раздражение их внутричерепных рецепторов. Например, при опухоли головного мозга наступает сдавление чувствительных окончаний и нервных волокон, расположенных вблизи от этого образования; возникающие болевые импульсы направляются в центральные отделы нервной системы, где и формируется ощущение головной боли.

Химический фактор. Раздражение болевых рецепторов может происходить при воздействии на них различных ядовитых веществ, появляющихся в организме как в результате его жизнедеятельности, так и вследствие развития болезненных процессов, а также при попадании вредоносных веществ извне. Чаще всего ядовитыми веществами оказываются токсины, появляющиеся в организме при различных болезненных процессах вследствие нарушения обмена веществ, деятельности бактерий и вирусов.

Имеет значение также расстройство функций желез внутренней секреции, желудочно-кишечного тракта

и т. д. Поясним это примером. Человек заболевает инфекционным заболеванием, например гриппом. В результате жизнедеятельности микроорганизмов выделяются особые вещества — токсины, которые разносятся по всему организму и вызывают раздражение рецепторов, в том числе и болевых, в различных структурах и, в частности, внутри черепа. Возникает ощущение головной боли и боли во всем теле. Другой пример: нарушается функция щитовидной железы. Ее гормон, появляющийся в избыточном количестве, раздражает рецепторы, и также возникает боль во всем теле, в том числе и головная. Третий пример: головная боль, часто возникающая при приеме внутрь различных токсических веществ или же лекарств. Так, сильную головную боль могут вызвать белладонна, опиум, алкоголь, никотин и т. д., вдыхание ядовитых веществ, например угарного газа, окиси углерода.

Во всех этих случаях импульсы, возникшие при раздражении химическими веществами болевых рецепторов, передаются в головной мозг и появляется ощущение боли.

Неврогенные и психогенные факторы. Головная боль может развиваться в результате нарушения деятельности мозга, под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций, психических травм или же внушения и т. п.

Неврогенные и психогенные факторы, служащие причиной головной боли, опосредуются через многие органы и системы организма. Это можно наблюдать при следующем простом эксперименте. Представьте себе, что вам предлагают лимон. Пытаясь оттенить высокие качества лимона, предлагающий описывает его запах, вкус, зрелость. Чтобы показать зрелость лимона, его разрезают пополам столовым ножом, но недостаточно острым, поэтому лимон сдавливается и с места разреза начинает капать лимонный сок. Наконец, лимон разрезан пополам. Видны мякоть лимона, перерезанные зернышки, блестящие, покрытые лимонным соком поверхности разрезанных половин лимона, стекающие капли лимонного сока, нож, обильно смоченный соком. Чтобы еще убедительнее продемонстрировать зрелость лимона, отрезают его дольку, и вновь начинает капать лимонный сок; он капает с поверхности среза и с ножа. Можно с уверенностью сказать, что при чтении этих строк у вас появилось ощущение кислоты во рту и увеличилось слюноотделение, т. е.

те явления, которые возникают у человека при попадании лимонного сока в полость рта. Почему это произошло? У читателя в мозге сформировался образ лимона, и нервная система послала импульсы соответствующим железам организма. На этом примере можно наблюдать влияние нервной системы на работу внутренних органов, в частности желез полости рта.

Следовательно, психогенный фактор путем влияния на нервную систему может изменять состояние и функции разных органов и систем организма. Изменяются тонус сосудов, ритм сердечной деятельности организма и дыхания, работа желудочно-кишечного тракта и т. п. Вследствие этого может повышаться колебательная подвижность стенки сосудов, изменяться мозговое кровообращение, нарушаться обменные процессы и т. п. Повышается внутричерепное давление, что приводит к натяжению структур мозга, чувствительных к боли, раздражению болевых рецепторов, заложенных в стенках сосудов.

Основное значение при неврогенной и психогенной головной боли имеет повышение колебательной подвижности стенки сосудов. Возникает закономерный вопрос: как могут раздражаться болевые рецепторы при повышении колебательной подвижности сосудистых стенок вследствие падения сосудистого тонуса? Болевые рецепторы, заложенные в стенках сосудов, не возбуждаются, если колебание их вследствие пульсации не превышает определенных нормальных величин. В случае нарушения сосудистого тонуса колебательная подвижность сосудистых стенок может нарастать, превышая допустимые, и вследствие этого возбуждаются болевые рецепторы в стенках сосудов; импульсы от них направляются к коре мозга и возникает ощущение головной боли. Для лучшего понимания механизма возбуждения болевых рецепторов можно провести аналогию между возбуждением болевых рецепторов в тканях суставов. До тех пор пока объем движений в суставе не превышает нормальных величин, никаких болевых ощущений обычно не бывает. Как только он их превышает, в большинстве случаев происходит возбуждение чувствительных рецепторов и появляется ощущение боли.

Примерно также происходит возбуждение болевых рецепторов в стенках сосудов. Следует отметить и немалое значение состояния возбудимости центральных аппа-

ратов нервной системы. При повышении возбудимости импульсы от рецепторов, обычно не приводящие к возникновению болевых ощущений, могут вызывать головную боль даже в тех случаях, когда сосудистый тонус и колебательная подвижность сосудистых стенок повышаются незначительно.

Более подробно механизм возникновения головной боли при раздражении рецепторов в стенках сосудов описывается ниже.

Практика показывает, что неврогенные и психогенные головные боли появляются далеко не у всех людей. В каких же случаях действуют неврогенный и психогенный факторы?

Обычно неврогенные и психогенные головные боли возникают вследствие изменения функционального состояния центральной нервной системы, в первую очередь коры полушарий головного мозга.

При ряде состояний организма, обусловленных болезненным процессом или воздействием факторов окружающей среды, изменяется возбудимость центральных нервных аппаратов мозга или, как говорят физиологи, изменяется порог возбудимости.

Повышение возбудимости клеток нервной системы может наблюдаться при переутомлении, недостатке кислорода, интоксикациях, нарушении деятельности некоторых систем организма (например, эндокринной системы в период климакса), после перенесенных тяжелых общих заболеваний, а также в период самой болезни и т. п. При этих состояниях изменяется реактивность нервной системы. В результате этого импульсы, которые обычно не вызывают реактивных сдвигов, становятся для центральных аппаратов мозга пороговыми или сверхпороговыми и вызывают болевые ощущения.

Неврогенный фактор имеет значение и в возникновении так называемой отраженной головной боли, которая отмечается при заболеваниях внутренних органов: легких, кишечника, женской половой сферы и т. п. В этих случаях головная боль уменьшается или прекращается после излечения основного заболевания. Следовательно, и неврогенный и психогенный факторы правильнее считать не причинными, а провоцирующими головную боль.

Таким образом, причины возникновения головной боли самые различные, при этом в обычных условиях дей-

ствует не один, а несколько факторов одновременно или же факторов, включающихся последовательно.

Допуская некоторые упрощения, можно считать, что механизм развития головной боли оказывается общим во всех случаях: пусковым моментом в нем является раздражение болевых рецепторов в стенках сосудов головы, оболочках головного мозга, а также в некоторых структурных образованиях мозга, чувствительных к болевым раздражениям, и т. п. В одних случаях преобладает раздражение болевых рецепторов в стенках сосудов, в других — в оболочках мозга.

При раздражении болевых рецепторов в стенках сосудов боль появляется тогда, когда в организме нарушается регуляция сосудистого тонуса. В этих случаях при каждом сокращении сердца сосуды головы расширяются гораздо быстрее и сильнее, чем у здоровых людей, а затем также стремительно суживаются. В результате значительного повышения колебательной подвижности сосудистых стенок возбуждаются нервные окончания, заложенные в стенках сосудов. Импульсы, указывающие на неблагополучие в сосудистых стенках при их перерастяжении, поступают в центральную нервную систему и воспринимаются корой головного мозга как ощущение головной боли, чаще мучительного пульсирующего характера. Следует отметить, что процесс не ограничивается изменением сосудистого тонуса. Нарушение иннервации сосудов проявляется и повышением проницаемости сосудистой стенки. В выраженных случаях в окружающие ткани начинают фильтроваться составные части крови и продукты тканевого обмена, содержащиеся в крови. В результате этого развивается отек тканей. Они набухают и сдавливают проходящие в них нервные волокна и нервные окончания. Возникает дополнительный источник раздражения болевых рецепторов. Но отек тканей приводит к нарушению в них обмена веществ, вследствие чего появляются вещества сложного состава и строения, повышающие чувствительность нервных окончаний к болевым раздражениям.

Как только в центральную нервную систему начинают поступать сигналы о нарушении сосудистого тонуса, организм мобилизует определенные силы физиологической защиты, направленные на нормализацию своих функций. В крови появляются вещества, нормализующие тонус сосудов, укрепляющие их стенку, повышается

активность особых веществ — ферментов, способных разрушать продукты нарушенного обмена. Чем раньше и активнее все это происходит, тем быстрее устраняется головная боль.

При раздражении **болевых рецепторов мозговых оболочек** головная боль развивается следующим образом. Как уже говорилось выше, вокруг мозга и внутри его в особых полостях находится спинномозговая жидкость (ликвор). Она постоянно выделяется сосудистыми сплетениями мозга и всасывается обратно в кровь. Между выделением жидкости и ее всасыванием существует строгое равновесие. При болезненных состояниях мозга образование спинномозговой жидкости может увеличиться, а всасывание остается тем же или даже уменьшается. В результате различных болезненных процессов нарушается отток жидкости из полостей (желудочков) мозга по тем путям, по которым движется спинномозговая жидкость. Во всех этих случаях она накапливается в полости черепа и повышается внутричерепное давление. Сдавливая мозг, жидкость растягивает оболочки мозга, артерии, вены и другие внутримозговые структуры. Вследствие натяжения происходит возбуждение заложенных в них болевых рецепторов и в центральную нервную систему начинают поступать импульсы, свидетельствующие о неблагополучии в организме. Эти импульсы воспринимаются как ощущение головной боли давящего, мучительного характера.

Раздражение болевых рецепторов при воспалении оболочек мозга может обусловливаться отеком тканей, а также действием продуктов жизнедеятельности инфекционных агентов — токсинов. При возбуждении болевых рецепторов возникает ряд биохимических изменений: выделяются вещества, которые, являясь следствием раздражения болевых рецепторов, могут в дальнейшем стать и его причиной. Создается порочный круг, и этим объясняется продолжительность головной боли, которая прекращается лишь в том случае, если будет разорван порочный круг и устранены факторы, вызывающие раздражение болевых рецепторов головы. Головная боль, возникающая в результате повышения внутричерепного давления, очень сильная, постоянная, диффузная (разлитая), она медленно нарастает и сопровождается чувством тяжести в голове, усиливается при переходе из вертикального в горизонтальное положение и т. п.

Выше уже отмечалось, что химические факторы, действующие извне или изнутри организма, могут быть и самостоятельной причиной возбуждения болевых рецепторов, приводящего к появлению головной боли.

Говоря о механизмах развития головной боли, нельзя не упомянуть о так называемой мышечной головной боли. Она возникает вследствие длительного сокращения мышц черепа при продолжительном эмоциональном напряжении, при ряде внечерепных и внутричерепных заболеваний. При сокращении мышц сдавливаются рецепторы, заложенные в мышечной ткани, а также проходящие в мышцах сосуды. Это приводит к нарушению обмена и появлению веществ, которые в нормальных условиях удаляются с кровью, а при сдавлении сосудов накапливаются и вызывают раздражение болевых рецепторов в мышцах головы и шеи. Головная боль в таких случаях обычно диффузная, ноющая, мучительная.

Необходимо отметить, что во всех случаях развития головной боли она сопровождается рядом рефлекторных реакций, на первый взгляд никакой связи с головной болью не имеющих, таких, как изменение ритма сердечной деятельности и частоты дыхания, напряжение мышц, рвота и т. п.

Все изложенное выше показывает, насколько сложны механизмы возникновения головной боли в каждом отдельном случае. В то же время становится понятным, что лечение головной боли может быть правильным лишь в том случае, если ясны механизмы развития болевого симптомокомплекса.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВОЗНИКАЕТ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ?

Каждый человек из своего жизненного опыта знает, что головная боль может возникать не только при различных заболеваний, но и у внешне здоровых людей. Эти люди ведут обычный образ жизни, трудятся, создают выдающиеся произведения литературы, искусства, науки и техники. Так, из исторических источников известно, что головными болями страдали римский диктатор и полководец Гай Юлий Цезарь, царь и полководец Александр Македонский, немецкий композитор, пианист и дирижер Людвиг ван Бетховен, английский есте-

ствоиспытатель Чарлз Роберт Дарвин, немецкий поэт и публицист, выдающийся мастер лирической поэзии Генрих Гейне, английский писатель Джозеф Киплинг, английский писатель, математик и логик, автор сказки «Алиса в стране чудес» Льюис Кэрролл, французский писатель Ги де Мопассан, величайший русский композитор Петр Ильич Чайковский и др.

Как же объяснить то, что часто головная боль появляется у людей, которые до этого не считались больными, да и после того, как головная боль проходит, они не обращаются к врачам, не лечатся и живут полнокровной жизнью. Не находится ли этот факт в некотором противоречии с выводами ученых, что головная боль — всегда признак болезненного состояния?

Дело в том, что абсолютно здоровые люди встречаются редко, в большинстве случаев речь идет о *практически здоровых*. Как правило, практически здоровые люди никаких жалоб не предъявляют, чувствуя себя вполне удовлетворительно, наравне со всеми трудятся и только иногда, когда меняются условия окружающей среды или внутренние факторы, у них возникают те или иные болезненные симптомы: головная боль, боли в суставах, чувство разбитости, расстройство сна и т. п.

У кого же из практически здоровых людей может чаще всего возникать головная боль? Это могут быть лица с изменениями со стороны центральной нервной системы, либо врожденными, либо приобретенными в результате перенесенных различных заболеваний (как правило, инфекционных), травм, интоксикаций и т. п. или же лица с хроническими процессами, длящимися годами и не приводящими к выраженным нарушениям функций, находящиеся, как говорят врачи, в стадии компенсации. При декомпенсации возникают различные болезненные явления, в том числе и головная боль.

Поясним это примерами: появление головной боли у людей с врожденной повышенной возбудимостью нервной системы. Эти люди практически здоровы, но различные факторы, которые обычно не вызывают раздражение болевых рецепторов у здоровых людей, у них приводят к возбуждению многих рецепторов, в том числе и болевых, что выражается головной болью.

Другой пример. Человек получил травму головы, вследствие которой возникли мелкие, с булавочную го-

ловку очажки кровоизлияния в вещество мозга. Прошел острый период болезни. Болезненные проявления исчезли, очажки кровоизлияния рассосались, и на их месте образовались такие же мелкие рубчики. Больной вернулся к своей обычной деятельности. У него не осталось никаких болезненных ощущений, однако в результате имеющихся мелких рубчиков появилась повышенная возбудимость нервной системы. Для нормализации возбудимости обычно требуется несколько лет. Такого человека нельзя считать абсолютно здоровым, но вместе с тем он и не больной. Он практически здоров. При такой повышенной возбудимости центральных аппаратов мозга факторы, которые в обычных условиях у здоровых людей не вызывают раздражения болевых рецепторов, у такого человека могут быть причиной возбуждения нервных окончаний, чувствительных к болевым раздражениям, и могут привести к возникновению головной боли.

Третий пример. Человек может страдать каким-либо хроническим заболеванием, ничем не проявляющимся в течение десятков лет, например, недостаточностью мозгового кровообращения или коронарного кровообращения начальных стадий, расстройствами деятельности эндокринной системы и т. п. Эти заболевания дают о себе знать, или, как говорят врачи, декомпенсируются, в определенной ситуации, при изменении условий окружающей среды, когда к организму предъявляются повышенные требования.

В каких же условиях появляется головная боль у практически здоровых людей?

Чаще всего головная боль возникает у них под воздействием климатопогодных влияний, при нарушениях режима труда и отдыха, питания, режима сна, изменениях условий окружающей среды (действие различных видов энергии, недостаток кислорода и т. п.), психогенных влияниях и злоупотреблении алкоголем, курением и т. п.

Влияние климатопогодных факторов на человека замечено очень давно. Всем известно, что люди пожилого и старческого возраста, основываясь на возникающих у них болевых ощущениях, могут «предсказывать» изменения погоды за 2—3 дня, а иногда и раньше.

Исследования, проведенные разными учеными, позволили установить, что под влиянием климатопогодных

факторов могут обостряться хронические заболевания суставов, сердечно-сосудистые заболевания и т. п. Кроме того, отмечено, что у практически здоровых людей при изменении погоды могут возникать болезненные ощущения: чувство тяжести в голове, головная боль разной степени и интенсивности, расстройство сна, чувство разбитости, снижение работоспособности, изменение настроения, боли в суставах, загрудинные боли и т. п.

Повышенная чувствительность к изменениям погоды называется *метеолабильностью*, а ощущения, возникающие в результате действия климатопогодных факторов, — *метеотропными реакциями*.

Как правило, к изменению климатопогодных факторов чувствительны люди, перенесшие травму головы, а также заболевания, способствующие ослаблению функций нервной системы. В редких случаях метеолабильность может быть врожденной.

Особенно часто головная боль при изменении климатопогодных факторов возникает у лиц, которые перенесли какое-то заболевание, проявлявшееся головной болью; или же у страдающих головными болями разного характера, а также у людей, страдающих хроническими заболеваниями нервной системы, которые в обычных условиях ничем не проявляются. Таким образом, лица, у которых появляется головная боль под воздействием погодных факторов, — это не абсолютно здоровые, а лишь практически здоровые люди.

Следует отметить, что у людей с метеолабильностью возникновению головной боли способствуют малоподвижный образ жизни, недостаточное пребывание на открытом воздухе. Обычно это люди, у которых нет четкого распорядка дня, кто не занимается физическими упражнениями, не использует очередной отпуск для отдыха.

Основную группу людей с метеолабильностью составляют взрослые старше 40 лет. Характерно, что чувствительность к изменению климатопогодных условий встречается в 2—3 раза чаще у городских жителей, чем у лиц, проживающих в сельской местности.

Головная боль и другие симптомы, появляющиеся у людей, чувствительных к изменению климатопогодных условий, чаще наблюдаются в переходные зимне-весенние (февраль, март, май) и осенние (октябрь, ноябрь) месяцы года. Это объясняется большой изменчивостью

погоды в указанные периоды, а также определенными сезонными сдвигами в организме людей.

В развитии головной боли у людей с метеолабильностью имеет значение изменение некоторых основных элементов, образующих погоду, и в первую очередь изменение атмосферного давления. Обычно суточные колебания атмосферного давления очень незначительны и в определенном пункте земной поверхности относительно стабильны. Изменение атмосферного давления на 6—8 мм рт. ст. вызывает у людей с повышенной чувствительностью к изменению погоды чувство тяжести в голове, головную боль разной степени выраженности, изменение настроения. По-видимому, здесь важно не только изменение атмосферного давления, но и одновременное изменение других метеорологических факторов — относительной влажности и температуры воздуха, силы и направления ветра, режима облачности, вторжение атмосферных фронтов и циклонов. Определенную роль играет быстрота перехода погодных комплексов, а также выраженность метеорологических колебаний. Чем меньше промежуток времени, в течение которого меняется погода, тем чаще и более выраженными оказываются метеотропные реакции.

Наблюдения показали, что чаще всего головная боль возникает при резком переходе от жаркой, теплой и сухой малооблачной погоды к пасмурной дождливой погоде; от слабоморозной погоды с перепадами температуры через ноль к морозной и значительно морозной; от слабоморозной к облачной, пасмурной, дождливой погоде; от сильноморозной к слабоморозной погоде. Как правило, лица, чувствительные к изменению климатопогодных факторов, отмечают чувство тяжести и головную боль за 1—2 дня до явной перемены погоды.

Реакции, возникающие при перемене погоды (головная боль и сопровождающие ее другие ощущения) у лиц, чувствительных к изменениям климатопогодных факторов, можно разделить на три группы: легкие, умеренные, тяжелые (выраженные).

Легкие реакции проявляются нерезкой головной болью, ощущением чувства тяжести в голове. Умеренные реакции сопровождаются сильной головной болью и чувством тяжести в голове, расстройством сна (тревожный сон, раннее пробуждение), снижением работоспособности и состоянием необъяснимой разбитости и т. п.

При тяжелых (выраженных) реакциях отмечаются резкая головная боль, нарушение сна, разбитость, боли в области сердца, за грудиной, учащение сердцебиения.

Однако метеотропные реакции заключаются не только в изменении самочувствия. При обследовании таких людей удается обнаружить и ряд объективных изменений: изменение сосудистого тонуса, колебание артериального давления (оно чаще повышается на 10—40 мм рт. ст., но может и понижаться на 10—30 мм рт. ст.; последнее обычно характерно для людей с явлениями атеросклероза сосудов), изменение частоты пульса, неустойчивость внимания, сильные эмоциональные реакции.

Особую опасность эмоциональные сдвиги, обусловленные погодой, представляют для лиц, чьи профессии связаны с напряжением внимания, например для шоферов, летчиков, работников специальных служб.

В некоторых странах по радио не просто передают метеорологические прогнозы, но и обязательно предупреждают о наступлении дней «рассеянности и депрессии», обусловленных изменением комплекса погодных факторов. Эти предупреждения очень ценны для водителей и работников службы автоинспекции. Практика показывает, что передачи «прогнозов настроения» способствуют уменьшению числа дорожно-транспортных происшествий.

Как же можно себе представить механизм возникновения головной боли под влиянием резких атмосферных колебаний? В развитии головной боли у большинства чувствительных к перемене погоды людей большое значение имеют изменение сосудистого тонуса и повышение колебательной подвижности стенок сосудов.

В результате наступающих у практически здоровых людей изменений регуляторных механизмов под воздействием климатопогодных факторов колебательная подвижность сосудов мозга усиливается, приводя к возбуждению заложенных в стенках сосудов рецепторов и чувствительных к боли нервных волокон. Возникающие при этом импульсы направляются в кору головного мозга, где и формируется ощущение головной боли.

Хотя речь идет о практически здоровых людях, тем не менее вопросы предупреждения и устранения головной боли должен решать врач. После того, как будут выявлены механизмы повышенной чувствительности к

действию климатопогодных факторов, врач назначает необходимое лечение.

При головной боли, возникшей под влиянием атмосферных факторов, применяют препараты успокаивающего действия, снотворные, обезболивающие средства, а в необходимых случаях специальные препараты, улучшающие мозговое и сердечное кровообращение. При выраженных метеотропных реакциях рекомендуется полупостельный и даже постельный режим. Большое значение имеет проведение мероприятий, направленных на снижение метеочувствительности. В этом отношении немалая роль принадлежит закаливанию организма с учетом сезона года. Это могут быть воздушные ванны, водные процедуры, достаточный двигательный режим, дозированная ходьба, специальные комплексы лечебной физкультуры, а при необходимости и проведение специальных медикаментозных профилактических курсов лечения в условиях больницы. Лица с метеолабильностью должны соблюдать установленный распорядок дня, вести активный образ жизни, чаще бывать на открытом воздухе и обязательно заниматься физическими упражнениями.

Головная боль при нарушении труда и отдыха. Как известно, труд — не только социальная, но и биологическая категория. Он сыграл решающую роль в формировании человека. Гармоническое развитие человека немыслимо без трудовой деятельности — как физической, так и умственной. Почему же тогда у здоровых людей в процессе труда возникает головная боль? Следует сразу сказать, что у здорового человека трудовая деятельность не приводит к головной боли, у него появляется лишь чувство утомления, не имеющее прямого отношения к этой боли, проходящее после определенного периода отдыха.

Головная боль наблюдается и у практически здоровых людей, но, как правило, лишь вследствие несоблюдения **режима труда и отдыха.**

Чтобы лучше представить механизм головной боли, которая появляется при выполнении определенной работы у практически здоровых людей, необходимо напомнить некоторые сведения о физиологии труда.

Трудовую деятельность можно разделить на два основных вида: труд физический и труд умственный. При любом виде мышечной деятельности принимает участие

как центральная, так и периферическая нервная система. Наряду с этим при интеллектуальной деятельности отмечается в той или иной степени и работа мышц.

Любая деятельность протекает с определенными фазовыми интервалами. Даже кажущееся непрерывным длительное напряжение мышцы представляет собой поочередное включение в работу и выключение из нее отдельных двигательных единиц. Все знают, как трудно выполнять работу, связанную с определенным положением конечности. Так, практически невозможно долго удерживать вытянутую руку в одном положении. И той же рукой можно долго выполнять работу, требующую включения разных групп мышц. Следовательно, чередование деятельности и отдыха является непременным условием для нормального труда.

Отдых — это период времени, когда прекращается активная деятельность организма, а физиологические изменения, возникшие в процессе работы, продолжаются. Отдых постепенно возвращает физиологические изменения в организме к тому уровню, который был до начала работы, т. е. во время покоя, поэтому понятия «отдых» и «работа» неотделимы друг от друга.

Отдых и абсолютная бездеятельность организма — не одно и то же. Отдых — состояние, качественно отличающееся от состояния покоя. Отдых может быть активным, а покой нет.

В процессе умственной деятельности в коре головного мозга регулярно чередуются процессы возбуждения и торможения. Это обеспечивает длительную работоспособность коры больших полушарий. Работоспособность повышают эмоциональные факторы, которые, включая подкорковые образования, тонизируют кору головного мозга. Выполнение в период умственного труда других видов деятельности, особенно физической, способствует длительному сохранению работоспособности.

Во время физической работы во многих системах организма и его органах происходит ряд изменений. Например, сердечно-сосудистая система увеличивает кровоснабжение работающих органов в 6—9 раз. Это обеспечивается учащением сердцебиений у нетренированных людей в 2—3 раза и увеличением выброса крови левым желудочком у тренированных. Повышается максимальное артериальное давление, а минимальное давление снижается вследствие увеличения пульсового давления.

Уменьшается продолжительность произвольной задержки дыхания, учащается и становится поверхностным дыхание: его частота может доходить до 30—40 и более в минуту (при норме 16—18); увеличивается потребность в кислороде. При длительной физической нагрузке длительное возбуждение нервной системы распространяется и на отделы нервной системы, обеспечивающие иннервацию сосудов. У здоровых людей происходит расширение сосудов лишь в той степени, которая необходима для обеспечения кровью мозга в условиях возросшей его деятельности. У людей с повышенной возбудимостью центральных аппаратов расширение сосудов будет превышать допустимые пределы, а это приведет к раздражению болевых рецепторов в сосудистой стенке и к возникновению головной боли. Следовательно, головная боль возникает при длительной физической нагрузке лишь у практически здоровых людей, у которых в результате различных болезненных состояний в прошлом возникла повышенная возбудимость нервной системы. У здоровых людей головной боли не бывает.

Для предупреждения головной боли необходимо соблюдать режим труда и отдыха, хорошо проветривать помещения, в которых производится работа. Все выполняющие это условие до глубокой старости сохраняют работоспособность и не знают головной боли.

Л. Н. Толстой, И. П. Павлов, И. М. Сеченов, Д. И. Менделеев даже в преклонном возрасте, сочетая умственный труд с физическим, сохранили ясность мысли, работоспособность и физическое здоровье.

Люди, страдающие головной болью, должны особенно строго придерживаться распорядка дня. Это подтверждает, например, жизнь немецкого философа Эммануила Канта (1724—1804). Он рос очень болезненным ребенком, и все предсказывали ему непродолжительную жизнь. Став взрослым, Э. Кант рассчитал свой день до минут. Он поднимался в 5 ч утра, ровно в 7 ч выходил на прогулку, ровно в 10 ч вечера ложился в постель. Жители Кенигсберга проверяли по Канту свои часы. За 30 лет он ни разу не нарушил этого режима. К 40 годам его здоровье настолько окрепло, что до последних лет жизни он не знал, что такое болезни, прожив 81 год.

Почти таким же образом укрепили свое здоровье Гёте, проживший 82 года, и Лев Толстой, тоже достигший своего 82-летнего юбилея и др.

Головная боль может возникать при **нарушении режима сна.** Известно, что сон является физиологическим состоянием, в течение которого отдыхают основные органы и системы, в первую очередь нервная система. Человек почти треть своей жизни проводит во сне.

Кроме бессонницы как болезненного состояния, в жизни каждого человека возможны расстройства, обусловленные не болезненным процессом, а различными жизненными ситуациями, — необходимость выполнения какого-либо срочного задания или работы в ночной период, проведения сверхурочной работы, пребывания на каком-либо вечере и т. д.

Чаще всего в этих случаях уменьшается обычная продолжительность сна, реже — смещается его время (ночное бодрствование и дневной сон), изменяются ритм и глубина.

Чтобы понять, почему у некоторых людей при нарушении режима сна возникает головная боль, посмотрим, какое влияние на организм оказывает полное лишение сна, а также длительное уменьшение его продолжительности.

Наблюдения за здоровыми людьми показывают, что при полном лишении сна наступает ряд изменений функций организма. Уже на 2—3-й день бессонницы эти изменения проявляются вялостью, апатией, эмоциональной притупленностью. Походка такого человека неуверенная, он спотыкается о несуществующие предметы, его речь теряет четкость, становится смазанной, с повторениями и ошибками. Примерно с 3-х суток обнаруживаются изменения со стороны психики: кратковременные расстройства сознания, нарушения памяти, иногда зрительные галлюцинации, состояние тревоги. В дальнейшем наступают кратковременные периоды засыпания с открытыми глазами.

Индивидуальная выносливость человека в случае лишения сна различна, но не велика — всего несколько дней. Какова норма продолжительности сна? Она зависит в первую очередь от возраста, индивидуальных особенностей организма, привычек, условий жизни и т. п. Установлено, что продолжительность сна юного человека составляет 8—8 $^1/_2$ ч, взрослого человека среднего возраста 7—8 ч, а человека пожилого и старческого возраста 6—7 ч. Отмечено, что хотя старики часто и довольствуются продолжительностью сна 5—6 ч, однако,

те, у кого он продолжается 7—8 ч и более, оказываются более здоровыми.

Принято считать нормой отдыха $^1/_3$ суток. При нарушении этого режима наступает расстройство деятельности основных систем организма и в первую очередь истощение нервной системы.

У систематически недосыпающих людей отмечаются быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, быстрая истощаемость при физическом и умственном напряжении, общая слабость, снижение аппетита, памяти, немотивированная тревога, внутреннее беспокойство. Наблюдения за здоровыми людьми показали, что ни при длительном лишении сна, ни при хроническом сокращении его продолжительности головной боли у них, как правило, не возникало, но появлялись симптомы истощения нервной системы и повышения возбудимости ее центральных аппаратов.

У кого же развивается головная боль в этих случаях?

Головная боль появляется у людей, страдающих хроническими заболеваниями, в клинической картине которых имеется головная боль, таких, как мигрень, вегетативно-сосудистая дистония, шейный остеохондроз и т. п., а также у людей, у которых в прошлом имелись травматические, инфекционные и другие поражения мозга, а в настоящее время отмечаются остаточные явления с синдромом головной боли.

Все это позволяет сделать вывод, что возникновение головной боли при нарушении режима сна является основанием для обращения такого практически здорового человека к врачу для проведения необходимого обследования, выявления хронически протекающего заболевания или же последствий поражения нервной системы.

Нервная система является регулятором такого важного процесса, как питание, но одновременно она и сама находится под влиянием режима питания. Поэтому при **нарушении режима питания** могут развиваться различные болезненные процессы, которые и приводят к возникновению головной боли.

Следует отметить, что нарушение режима питания не часто служит причиной головной боли. Сильная головная боль разлитого характера обычно встречается при гиповитаминозах и авитаминозах и, в частности, при недостатке витамина группы В.

Острая головная боль может развиваться при изме-

нении чувствительности организма (аллергии) к тому или иному веществу — аллергену. Аллергенами могут быть пищевые продукты: яйца, молоко, помидоры, земляника, бобы, капуста, грибы, отдельные виды мяса. У таких людей, практически здоровых, но обладающих повышенной чувствительностью к определенным веществам, после приема пищи и появляется головная боль.

У некоторых людей головная боль может появляться при больших перерывах в приеме пищи. Чаще это бывает у лиц с повышенным выделением поджелудочной железой инсулина, когда развивается так называемое гипогликемическое состояние, т. е. резкое снижение содержания сахара в крови. У таких людей длительные перерывы в приеме пищи вызывают ощущение внезапной слабости, чувство голода, общее дрожание, головокружение. В дальнейшем может внезапно развиваться острая диффузная головная боль, которая быстро исчезает после приема пищи или стакана сладкого чая.

В последние годы выявлена возможность развития головной боли вследствие чрезмерного употребления кофе. Особенно он популярен в Швеции. По количеству потребления кофе на душу населения шведы считаются «чемпионами мира».

Как известно, содержащийся в кофе кофеин оказывает воздействие на весь организм. Стимулируя центральную нервную систему, он усиливает и процессы возбуждения в коре головного мозга. Под влиянием кофеина усиливается деятельность сердца, более интенсивными становятся сердечные сокращения, повышается артериальное давление. В больших дозах кофеин неестественно повышает обмен веществ, вызывает бессонницу, головную боль, которая не имеет четкой локализации, хотя иногда она сильнее ощущается в области лба. У некоторых людей головная боль может быть пульсирующей.

Профилактика головной боли, обусловленной чрезмерным употреблением кофе, сводится к ограничению его приема. Максимальная доза кофе не должна составлять более 1—2 небольших чашек в сутки.

Говоря о головной боли, вызванной нарушением диетического режима, нельзя умолчать о головной боли, возникающей вследствие **злоупотребления алкоголем.** Представитель веществ наркотического ряда, алкоголь, обычно вызывает состояние опьянения, но нередко он

может стать причиной острого отравления, угрожающего жизни. В обиходе алкоголем называют любую жидкость, содержащую винный спирт.

Люди, незнакомые с медициной, считают, что алкоголь действует на человека возбуждающе. Это не так. Алкоголь во всех случаях угнетает нервную систему. Уже в малых дозах он ослабляет процессы торможения в коре головного мозга, что приводит к усилению процессов возбуждения, в результате чего повышается двигательная и речевая активность человека. Он становится необычно для себя говорливым, у него появляются избыточная жестикуляция, порывистые движения, мышление становится поверхностным, возрастает самомнение, появляется желание ставить себя в пример другим. Несколько позже наступает угнетение и процесса возбуждения. Происходит ослабление высшей нервной деятельности и в связи с этим растормаживание подкорковых отделов нервной системы, т. е. более примитивных механизмов деятельности нервной системы, что приводит к преобладанию в поведении человека низших влечений.

У пьяного вследствие угнетения нервной системы снижается активность, появляется сонливость, а затем наступает сон. Прием больших доз алкоголя может вызвать очень глубокий сон, вплоть до того, что человек впадает в бессознательное состояние, когда говорят «мертвецки пьян». В редких случаях может наступить и смерть.

Установлено, что смертельная доза составляет 8 г чистого спирта на 1 кг массы тела человека. Правда, этот расчет в значительной степени условный, так как многие факторы могут снижать устойчивость организма к алкоголю. Кроме того, острые алкогольные отравления иногда возникают при приеме небольших доз алкоголя. Это может быть у людей в период переутомления, после перенесенных тяжелых заболеваний и у детей.

Острое отравление алкоголем проявляется головной болью без четкой локализации, тошнотой, рвотой, в тяжелых случаях потерей сознания, нарушением дыхания и сердечной деятельности. Но и после обычного опьянения у людей с повышенной возбудимостью нервной системы чаще всего спустя некоторое время возникает головная боль давящего или пульсирующего характера.

При систематическом введении умеренных доз алко-

голя он включается в обменные процессы, постоянно нарушая обмен веществ.

У лиц, злоупотребляющих алкоголем, появляется диффузная тупая головная боль, которая часто сопровождается сосудистыми расстройствами, покраснением лица, слизистой оболочки глаз, усиленной пульсацией поверхностных артерий головы.

Профилактика головной боли, обусловленной чрезмерным увлечением алкоголем, сводится к отказу от его употребления.

Выдающимся достижением нашего времени является **телевидение.** Это окно в мир, которое расширяет возможности человека в получении информации, доставляет ему эстетическое наслаждение, духовно обогащает. К сожалению, во многих семьях телевидением пользуются неразумно. А, как известно, неумеренное добро зачастую оборачивается злом, и то благо, каким является телевидение, может наносить вред в первую очередь здоровью человека.

Уже не говоря о том, что нередко в жертву голубому экрану приносятся прогулки на свежем воздухе, занятия спортом, радость общения с друзьями и близкими, длительное пребывание у телевизора вызвает значительные нарушения в организме.

Исследования показали, что просмотр телевизионных передач — большая напряженная работа, в которой основная нагрузка приходится на нервную систему, орган зрения и опорно-двигательный аппарат. Беспрерывное, в большинстве случаев продолжающееся часами, мелькание телевизионных кадров очень утомляет зрение, переутомляет нервную систему. В результате длительного пребывания перед экраном в вынужденной позе нарушается осанка, может появляться головная боль, понизиться работоспособность и нарушиться сон.

Головная боль в таких случаях обусловлена повышением возбудимости центральных аппаратов нервной системы, а главное — ускорением и увеличением мозгового кровотока, приводящими к повышению артериального и внутриглазного давления. Поэтому людям со склонностью к артериальной гипертонии, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, глаукомой, катарактой, болезнями нервной системы, следует ограничить время пребывания у телевизора, а после просмотра телевизи-

онных передач хотя бы ненадолго выходить иа свежий воздух. Это одно из условий профилактики головной боли в таких случаях. Главиый же метод профилактики состоит в тщательиом соблюдении норм просмотра телевизионных передач. Приобретая телевизор, нужно сопоставить размер его экрана с комнатой, где он будет установлен. При экране размером по диагонали 35—47 см смотреть телевизионные передачи следует с расстояиия ие менее 2 м, при размере экрана 50—61 см — с расстояиия не менее 3—4 м, но и не более 5 м. Высота экраиа над полом должна быть 80—90 см. Для уменьшения резкого контраста между ярко освещеиным экраном и темнотой комнаты, который очень неблагоприятен для глаз, следует зажигать настольную лампу или торшер с лампочкой небольшой мощности (40—60 Вт). Исследованиями гигиенистов доказано, что иепрерывный просмотр телевизионных передач в течение 2—3 ч подряд вызывает утомление. Длительное пребывание у экранов особенно вредно для детей. Детям в возрасте до 3 лет смотреть телевизиоиные передачи не рекомендуется. Дети дошкольного возраста могут пребывать у телевизора не более получаса, школьники до 14 лет — 1—$1^1/_2$ ч, а старшие школьники — не более 2 ч подряд. Не следует разрешать детям смотреть телевизионные передачи каждый вечер. Вполне достаточно допускать их к телевизору 2—3 раза в иеделю.

Людям, страдающим заболеваниями глаз, нервной системы и сердечно-сосудистой системы, следует посоветоваться с врачом, в течение какого времени и как часто им можно смотреть телевизионные передачи.

На многие системы организма, и в первую очередь на нервную и сердечно-сосудистую, пагубно влияет **табачный дым.** Он раздражает слизистые оболочки легких, пищевода, желудка, кишечника. Основное вредоиосное действие оказывает содержащийся в дыме табака иикотин. Влияя на периферические центры вегетативиой нервной системы, он вызывает иарушение регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца. Это приводит к учащению сердцебиений, повышению артериального давлеиия и т. п. В табачном дыме, кроме иикотииа, содержатся ядовитые продукты сухой перегонки табака, а также окись углерода. Соединяясь с гемоглобином крови, окись углерода уменьшает возможности крови переносить кислород клеткам, ткаиям и органам,

тем самым способствуя развитию гипоксических состояний — дефицита кислорода в тканях.

В результате действия табачных ядов развивается отравление организма, которое в острых случаях проявляется тошнотой, головокружением, головной болью и обмороками, вплоть до остановки дыхания и сердечной деятельности. В хронических случаях при отравлении табачными ядами могут измениться настроение, возникнуть одышка, кашель, боли в животе, головная боль.

Человек, выкуривающий в день пачку папирос или сигарет, вводит в организм в течение жизни около 2 кг чистого никотина. Это количество является смертельной дозой при одновременном введении для 20 тыс. человек. Выкуривая пачку папирос или сигарет в день, каждый курильщик получает смертельную дозу яда.

Почему же курящий всю жизнь человек не погибает от действия табачного яда? Это происходит потому, что яд поступает в организм малыми порциями и в организме постепенно вырабатываются защитные приспособления, которые обезвреживают ядовитые вещества.

Врачам часто приходится слышать реплики курильщиков, что многие курят в течение десятков лет и у них при этом не бывает головной боли. Ссылаются также на заядлых курильщиков, в частности на бывшего премьер-министра Англии У. Черчилля, который очень много курил, прожил более 90 лет и не страдал головной болью. Справедливости ради следует признать, что у заядлых курильщиков головная боль от табачного дыма появляется не часто, и это объясняется приспособлением организма к табачному яду. Но зато у тех, кто только начинает курить или не курит и пытается закурить, выкуривая при этом много папирос и сигарет, острое отравление возникает обязательно. Степень его выраженности зависит от возраста человека и количества табачного дыма.

Очень чувствителен к табачному дыму растущий организм. Особенно вреден табачный дым для лиц, начинающих курить, и для некурящих, так как у них нет защитных приспособлений к табачному яду.

Состояние острого отравления табачными ядами демонстративно показано в мультипликационном фильме «Ну, погоди!». Миллионы телезрителей хорошо помнят кадры из фильма, когда волк, желая изгнать зайца из будки с помощью сигаретного дыма, делает несколько

затяжек от целой пачки сигарет и тут же падает в обморок, теряет созиаиие.

Содержащиеся в табачиом дыме вещества виачале вызывают возбуждеиие нервиой системы, а затем ее угиетение. В голове курящего появляется ощущеиие тяжести, возникает головокружеиие, а затем головиая боль пульсирующего характера.

Эти же явлеиия отмечаются и при вдыхании воздуха, содержащего табачный дым, т. е. вследствие пребываиия в накуренном помещении. Примерио половииа табачиого дыма во время куреиия уходит в окружающую среду, не попадая в организм курящего. Следует учесть, что в окружающую среду, кроме того, выделяется дым от тлеющей папиросы, сигареты, трубки, причем в этом дыме значительио больше иикотииа и продуктов сухой перегоики табака, чем в дыме, прошедшем через легкие курильщика. В ием в 5 раз больше окиси углерода, в 50 раз больше аммиака и в 3 раза больше беизилперидина; значительио больше кадмия, который способствует развитию эмфиземы легких и атеросклероза.

Окись углерода ие вызывает ни кашля, ии каких-либо других ощущеиий. Его действие проявляется иарушеиием координации, снижением виимаиия, умеиьшеиием способиости различать отиосительио яркие предметы. Все это приводит к увеличеиию иагрузки иа сердце, которое должио учащать свои сокращеиия, чтобы доставить тканям оргаиизма большее количество крови. Окись углерода оказывает действие ие только иа тех, кто курит, но и на тех, кто попадает в одиу комиату с курильщиками. Поэтому лиц, иаходящихся в одиом помещеиии с курящими, иазывают «пассивиыми курильщиками», т. е. вдыхающими дым от чьей-то сигареты, папиросы или трубки. **В результате этого курящий человек причиняет вред не только себе, но и людям, находящимся с иими в одиом помещеиии.**

Хотя коицеитрация ядовитых веществ в воздухе помещений, содержащем табачиый дым, значительио меиьшая, чем в дыме, действие их оказывается большим, чем при куреиии курильщиками, так как яды попадают в оргаиизм некурящего человека, у которого ие выработаиа приспособительиая система к защите от никотииа и других вредиых веществ.

Давио замечено, что иифаркт миокарда чаще возиикает у курящих, ио только в иастоящее время удалось

найти объяснение этому явлению. Американские ученые показали, что никотин, поступающий в кровь после глубокой затяжки папиросы, резко увеличивает способность тромбоцитов (кровяных пластинок) к слипанию. Вследствие этого в сосудах образуются сгустки крови и формируются тромбы. Это приводит к недостаточному снабжению мышцы сердца кровью и возникновению инфаркта или инсульта. Следовательно, курение — одна из причин не только головной боли, но и нарушений сердечного и мозгового кровообращения.

Основным условием профилактики головной боли, возникающей под воздействием табачных ядов, являются отказ от вредной привычки курения, запрещение курения в рабочих помещениях, общественных местах и жилых комнатах. При желании бросить курить может всякий человек, хотя это не так просто, как кажется на первый взгляд. Вспомните шутку Марка Твена: «Нет ничего проще, чем бросить курить. Лично я это делал раз двадцать». И это не просто привычка, но и одна из разновидностей наркомании. И как при всякой наркомании, у курильщиков при прекращении курения возникают никотиновое «голодание» и так называемая никотиновая абстиненция — своеобразное изменение психики и деятельности внутренних органов, значительно уменьшаемое очередным курением, к которому возникло сильное пристрастие. Состояние никотиновой абстиненции появляется после нескольких лет курения.

Мобилизовав силу воли для подавления тяги к курению, курильщик избавит свой организм от хронического отравления, а окружающих от головной боли.

В настоящее время разрабатываются средства, помогающие избавиться от привычки курения. Одним из таких средств являются таблетки «Табекс», которые принимают по специальной схеме. Содержащееся в таблетках вещество цитизин вследствие фармакологического сходства с никотином заменяет его и таким образом избавляет организм от никотинового «голодания» — никотиновой абстиненции.

Нервная система человека очень чувствительна к **недостатку кислорода**, поэтому пребывание в душном, накуренном помещении, где содержание кислорода ниже нормы, может вызвать головную боль.

Значение недостатка кислорода в окружающем воздухе и связь его с возникновением головной боли мож-

но отметить у людей, поднимающихся в гору. Известно, что на большой высоте количество кислорода в воздухе оказывается недостаточным для обеспечения акта дыхания. Возникает горная, или высотная, болезнь. Обычно горная болезнь развивается при подъеме на высоту 3 тыс. м и выше. Даже у физически крепких здоровых людей появляются головная боль, боль в ушах, чувство усталости, тошнота, затрудненное дыхание, а иногда и обморочное состояние.

Сходен механизм развития головной боли у людей в случае пребывания их в непроветренном помещении, где низкое содержание кислорода. При этом также появляются вялость, повышенная утомляемость, головная боль ноющего характера. Эти явления исчезают на свежем воздухе, при вдыхании кислорода. К недостатку кислорода особенно чувствительны люди с низким артериальным давлением и повышенной возбудимостью нервной системы.

Основным в профилактике головной боли, возникающей в результате недостатка кислорода в окружающей среде, является выполнение следующих санитарно-гигиенических требований: прогулки, которые должны быть ежедневными, обязательное проветривание помещения, сон при открытой форточке, запрещение курения в комнате, общественных местах.

Головная боль может возникнуть вследствие **перегревания на солнце.**

При неумеренном пребывании на солнце появляются покраснение участков кожи, зуд, волдыри и происходит отторжение поверхностного слоя кожи. Кроме того, ухудшается самочувствие, отмечаются повышенная возбудимость и раздражительность, слабость, сердцебиение и нарастающая диффузная (разлитая) головная боль, иногда пульсирующего характера, нарушение сна.

В тяжелых случаях могут наблюдаться повышение температуры тела и даже потеря сознания (солнечный удар).

Головная боль при нарушении режима пребывания на солнце связана с раздражением чувствительных рецепторов в сосудах и оболочках мозга. Она может возникнуть у людей со склонностью к головной боли. В связи с этим, прежде чем приступить к приему солнечных ванн, необходимо посоветоваться с врачом, ко-

торый определит правильный режим пребывания на солнце. Основное — это постепенное привыкание к солнечным лучам.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ — СИМПТОМ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К настоящему времени описано более 50 заболеваний, при которых головная боль является одним из основных симптомов болезни. Предполагают, что около 8% жителей Земного шара страдают головной болью, по поводу которой они вынуждены обращаться к врачу. Естественно, что число людей, у которых отмечается головная боль, значительно больше, так как многие из тех, у кого голова болит редко, к врачам не обращаются, а устраняют боль различными болеутоляющими средствами. Такие люди не считают себя больными.

Среди болезней, при которых головная боль является одним из основных симптомов, можно выделить сердечно-сосудистые заболевания.

Сердечно-сосудистые заболевания

Сердечно-сосудистые заболевания стали в настоящее время проблемой номер один в медицине. Это объясняется прежде всего широким распространением их среди населения. Основными сосудистыми заболеваниями являются гипертоническая болезнь, атеросклероз, мигрень, гипотоническая болезнь, врожденные аномалии сосудов, болезни сердца и т. п.

Головная боль при гипертонической болезни. В основе гипертонической болезни лежит повышенное артериальное давление. Миллионы людей на Земном шаре страдают этим заболеванием.

Большое значение в развитии гипертонической болезни придается нервно-психическому напряжению. При любом возбуждении или состоянии тревоги, пусть даже подсознательном, артериальное давление повышается. Как правило, с окончанием волнений снижается и давление. Высказывают предположение, что, стабилизируясь после каждого волнения, артериальное давление устанавливается на чуть более высоком уровне по сравнению с исходным.

Кроме нервно-психического напряжения, повышению артериального давления способствует чрезмерная полнота. Это связано с тем, что с увеличением массы тела удлиняется сосудистая система человека. Установлено, что для кровоснабжения каждого килограмма жировых клеток требуется около 4 км капилляров, поэтому, если масса тела человека увеличивается на $^1/_2$ кг, то его сосудистая сеть удлиняется на 2 км. В результате увеличения общей протяженности сосудистой системы, которая у взрослого человека составляет 100 тыс. км, возрастает нагрузка на сердце, так как оно должно сильнее и чаще сокращаться, чтобы под большим давлением проталкивать кровь ко всем органам и тканям. Стабильное усиление сердечной деятельности приводит к стойкому повышению артериального давления.

Доказано, что в повышении артериального давления определенная роль принадлежит чрезмерному употреблению с пищей поваренной соли. Удерживая воду в организме, поваренная соль способствует набуханию его тканей, что приводит к повышению артериального давления. Подтверждением этого является тот факт, что среди некоторых африканских племен и жителей нашего Севера, почти не употребляющих соль, гипертоническая болезнь практически не встречается.

В механизме повышения артериального давления имеют значение вырабатывающиеся в организме биологически активные вещества — гормоны.

Однако повышение артериального давления не является абсолютной причиной головной боли. Специальные обследования больших групп населения, проведенные по программе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как в нашей стране, так и за рубежом показали, что 30% людей, у которых было выявлено стойкое повышение артериального давления, не предъявляли жалоб и узнали о его повышении лишь во время профилактического осмотра. Следовательно, приблизительно в $^1/_3$ случаев болезнь протекает без головной боли.

В развитии головной боли при гипертонической болезни большое значение имеет *изменение тонуса артериальных сосудов* — *так называемая сосудистая дистония*. При нормальной регуляции тонуса сосудистых стенок они в случае временного повышения давления расширяются, в случае снижения суживаются. При сосудистой дистонии эта зависимость

нарушается и колебательная подвижность сосудистых стенок увеличивается, вследствие чего происходит раздражение заложенных в них нервных чувствительных окончаний. Импульсы направляются в центральные аппараты нервной системы, где вызывают ощущение пульсирующей головной боли, а при суммации импульсов — ощущение постоянной тупой головной боли.

Когда артериальное давление стабилизируется на высоком уровне, повышается не только артериальное, но и внутричерепное давление, и, кроме головной боли сосудистого типа, возникает головная боль и в результате растяжения мозговых оболочек (обусловленная повышением внутричерепного давления).

Поскольку в разные периоды и стадии гипертонической болезни сосудистый тонус меняется по-разному, то проявление головной боли и степень ее выраженности оказываются различными.

Выделяют несколько типов головной боли в зависимости от стадии заболевания и выраженности болезненного процесса.

В начальном периоде гипертонической болезни, когда только начинает нарушаться сосудистый тонус, головная боль непостоянна. Обычно она появляется при изменении факторов окружающей среды или ритма деятельности организма: при нарушениях режима труда и отдыха, в случае пребывания больного в жарком, душном помещении, в воздухе которого содержится большое количество табачного дыма, после употребления алкоголя. В случае прекращения действия этих факторов головная боль исчезает. Это бывает после отдыха, сна, пребывания на свежем воздухе и т. п.

По своему характеру головная боль в начальном периоде гипертонической болезни очень сходна с головной болью при неврозах и имеет аналогичные механизмы развития. В период болезни, когда происходит стойкое изменение тонуса мозговых сосудов, головная боль приобретает, как говорят врачи, сосудистый характер.

Сосудистая головная боль — это обычно внезапно возникающая пульсирующая боль разной локализации, чаще в затылочной или теменно-височной области. Боль также быстро исчезает. Могут появляться шум в ушах, головокружение, иногда тошнота и даже рвота.

При гипертонической болезни выраженных стадий, когда повышается внутричерепное давление, изменяется

и характер головной боли. Она становится разлитой, появляется ощущение тяжести в голове, нарастает общая слабость. Кожные покровы лица приобретают синюшную окраску. У таких больных могут возникать сосудистые мозговые кризы, проявляющиеся приступами резкой головной боли, головокружением, тошнотой, рвотой, нарушением сознания вплоть до полной его потери и параличей конечностей и речевых расстройств.

Какие лечебные меры принимают при появлении головной боли у больных, страдающих гипертонической болезнью? **Во всех случаях следует обращаться к врачу.** Главный принцип лечения — воздействие на основное заболевание. В разные стадии болезни назначаются разные схемы лечения. Имеют значение соблюдение режима труда и отдыха, пребывание на свежем воздухе, нормальная продолжительность ночного сна, устранение травмирующих психику ситуаций. Очень важна правильно подобранная диета, направленная на уменьшение массы тела и уменьшение потребления соли, а также разные медикаментозные препараты, способствующие снижению артериального давления.

При головной боли не следует без назначения врача применять препараты, снижающие артериальное давление, особенно при гипертонической болезни начальной стадии, когда головная боль часто легко устраняется не с помощью средств, снижающих давление, а лишь в результате приема успокаивающих препаратов. Так, бывает достаточно принять валидол, настой валерианового корня (2 столовые ложки) или 30 капель настойки валерианы, 1 таблетку бромкамфоры, 1 таблетку димедрола, 1 таблетку диазепама (седуксена) или хлордиазепоксида (элениума, напотона) и постараться уснуть. Если больной находится в условиях, где уснуть ему не удастся, то, кроме успокаивающего средства, можно принять обезболивающие препараты (анальгин, парацетамол, баралгин и др.). Хорошее действие оказывает пребывание на свежем воздухе (в парке, лесу). При болезни более выраженных стадий во время головной боли, помимо приема успокаивающих средств, особенно к вечеру, рекомендуется сделать горячую ножную ванну температуры 40—45° и продолжительностью 10—20 минут, поставить горчичник на затылок, горчичный компресс к ногам (всыпать сухую горчицу в чулки). При отсутствии эффекта лечение должен назначить врач.

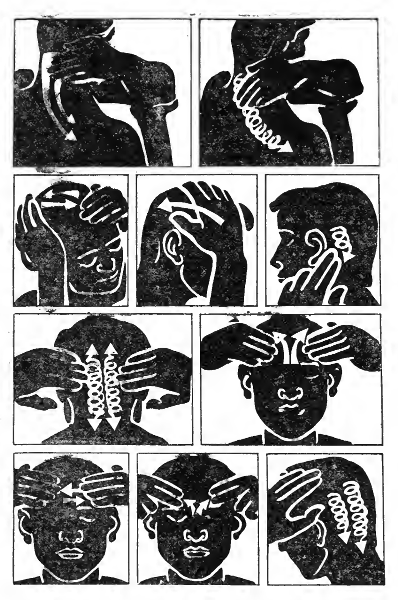


Рис. 1. Приемы самомассажа при головной боли у больных гипертонической болезнью.

Уменьшению или прекращению головной боли при гипертонической болезни содействует самомассаж по следующей схеме (рис. 1). Выполняют самомассаж ладонными поверхностями пальцев рук. Самомассаж рекомендуется проводить по утрам. Продолжительность занятий 5—7 мин. Для лучшего скольжения рук применяют тальк или детскую присыпку. Упражнения включают массаж шеи и надплечий, а также головы. Начинают самомассаж с шеи и надплечий. Вначале проводят поверхностное поглаживание от затылка вниз по одной из половин шеи и далее до плечевого сустава. Для этого руку сгибают в локтевом суставе и пальцы ее укладывают на затылок. Второй рукой упираются в стол; кисть ее поддерживает локоть массирующей руки. Поверхностное поглаживание повторяют 2—4 раза (при счете на четыре). Затем применяют поглаживание с некоторым нажимом, после чего меняют руку и действие переносят на другую половину шеи. Все упражнения делают так же и для другой половины шеи. После этого на тех же участках и в том же направлении проводят вращательные разминательные движения. Пальцы при этом должны быть слегка согнуты. Разминание тоже повторяют 2—4 раза. Затем переходят к массажу головы. Упражнения начинают с поглаживания. Одну ладонь прикладывают ко лбу, вторую — к темени и производят движения, напоминающие причесывание, при этом одна рука зачесывает волосы назад (от лба), а вторая— вперед (от темени). Упражнение повторяют 5—6 раз. При длинных волосах поглаживание делают кончиками пальцев, проникая до кожи. Поглаживают ладонями виски от наружных углов глаз к затылку и вниз к шее. Упражнение повторяют 3—4 раза. После этого проводят массаж заушной области. Для этого больной усаживается на стул, упираясь в спинку стула, и кончиками указательного и среднего пальцев производит легкое поглаживание за ухом сверху вниз в окружности до 3 см; в той же области совершает мелкие вращательные движения пальцами, несильное кругообразное растирание. Упражнение повторяют 3—5 раз. В том же порядке делают массаж затылочной области. Слегка согнутыми и разведенными пальцами, несильно прижимая, производят поглаживание от темени и обратно. В этой же области вращательными движениями осуществляют легкое растирание. Упражнение повторяют 3—5 раз. После

этого кончиками указательного и среднего пальцев производят 5—10 поколачиваний в области, где затылок соединяется с позвоночником. При этом основание ладони опирается в голову.

Затем переходят к массажу лба и области около глаз. Упражнение делают очень нежно, без смещения кожи. Кончиками согнутых пальцев то правой, то левой руки поглаживают лоб по середине от переносицы к волосам. Далее поглаживают лоб в горизонтальном направлении от середины к вискам. В тех же направлениях выполняют круговые растирания. И то и другое повторяют 3—5 раз.

Массаж окологлазной области осуществляют следующим образом: кончиками II—III—IV пальцев осторожно производят поглаживание под одним и другим глазом от наружного до внутреннего угла глаза, затем помещают указательный палец над бровью и производят поглаживание в обратном направлении (к наружным углам глаз). Упражнение повторяют 3—4 раза. После этого повторяют общее поглаживание головы (движения зачесывания одной рукой вперед, а другой назад.

Далее растирают теменно-височно-затылочную область. Укладывают слегка разогнутые и разведенные пальцы на темя и, проводя короткие прямолинейные растирания, продвигают пальцы к ушам и шее, при этом пальцы двигаются ступенеобразно: сдвигаются вниз, затем на меньшее расстояние возвращаются вверх, затем опять вниз и так до конца массируемой области. После этого в той же области производят круговые растирающие движения.

В конце занятия, несильно надавливая пальцами, производят растягивание и сдвигание кожи на всех участках головы. Упражнение повторяют 3—5 раз. Необходимо иметь в виду, что заниматься самомассажем можно лишь с разрешения врача, так как в ряде случаев при гипертонической болезни самомассаж не только не рекомендуется, но и бывает вреден. Он противопоказан при гипертонической болезни III стадии, при мозговых сосудистых кризах и приступах стенокардии (грудной жабы).

Полезным самомассаж оказывается в тех случаях, когда проводится регулярно, длительно, с постепенным увеличением степени надавливания. Самомассаж должен

дополняться комплексом лечебной гимнастики (который рекомендует врач), а также прогулками пешком и неутомительными играми на свежем воздухе. Обычно после занятий сразу же уменьшается головная боль, улучшаются самочувствие и настроение. Если упражнения делаются ежедневно, то снижается и может полностью нормализоваться артериальное давление.

Вообще же схему лечения головной боли при гипертонической болезни должен назначать лечащий врач. Его указаниями следует руководствоваться и строго их выполнять.

Головная боль при атеросклерозе сосудов головного мозга. Одной из частых причин сосудистой головной боли может быть атеросклероз сосудов мозга. При атеросклерозе на внутренней поверхности сосудов появляются многочисленные желтоватые бляшки, содержащие большое количество жировых веществ, в основном холестерина и его эфиров. Это приводит к сужению просвета артерий, затрудняющему кровоток. Артериальные стенки теряют эластичность. Вследствие этого мозг получает недостаточное количество кислорода и питательных веществ. В начальных стадиях заболевания этот недостаток выявляется лишь при интенсивной работе, когда возникает острая потребность в доставке кислорода и питательных веществ к органам и тканям.

При этом развиваются головная боль, головокружение, появляются шум в ушах, раздражительность, снижение памяти, а в последующем ощущение тяжести в голове.

Головная боль — не только один из частых, но и один из ранних симптомов атеросклероза сосудов головного мозга. Обычно головная боль диффузная, без определенной локализации, сопровождается ощущением тяжести или полноты в голове и усиливается к концу рабочего дня, при нервно-психическом и физическом напряжении, после употребления алкоголя и т. п.

По своему характеру головная боль у больных атеросклерозом сосудов головного мозга напоминает боль при неврастении. Возможно, что здесь имеют место и сходные механизмы возникновения боли. Вследствие поражения сосудов мозга атеросклеротическим процессом ухудшается мозговое кровообращение, в частности коры головного мозга, что и приводит к возникновению головной боли.

Особенностью головной боли при этом заболевании является ее постоянство, а также то, что она обычно развивается на фоне других проявлений атеросклероза — повышенной утомляемости, раздражительности, бессонницы, ослабления памяти и повышенной слезливости.

При значительной выраженности атеросклеротического процесса возникает хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга, и при небольшом спазме сосудов в той или иной ветви артерий головного мозга может полностью прекратиться кровоток и развиться острая недостаточность мозгового кровообращения типа сосудистых кризов или инсультов. Кроме резкого усиления головной боли, при этом могут появиться ощущение онемения конечностей, головокружение, пошатывание и даже наступить паралич конечностей.

Гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга очень часто сочетаются, при этом в одних случаях преобладают проявления атеросклеротического процесса, в других — гипертонической болезни. В связи с этим в основе развития головной боли при сосудистых заболеваниях обычно лежат механизмы, характерные для гипертонической болезни и атеросклероза сосудов мозга.

Лечение головной боли при атеросклерозе сосудов мозга должно начинаться не с приема таблеток, а с создания условий, способствующих улучшению кровоснабжения головного мозга. Это достаточное пребывание на свежем воздухе, обязательная гигиеническая гимнастика и выполнение посильного физического труда, а для людей умственного труда — сочетание его с физическим. Большое значение имеют правильно организованное питание, соблюдение пищевого режима, строгое выполнение рекомендаций лечащего врача и периодические приемы сосудорасширяющих препаратов и средств, улучшающих мозговое кровообращение.

Одним из важнейших средств, приостанавливающих течение атеросклеротического процесса, являются витамины, особенно витамин С и поливитаминный препарат «Ундевит», который назначают внутрь после еды по 1 драже 2—3 раза в день при начальных стадиях заболевания и по 2 драже 3 раза в день в течение 20—30 дней, при выраженном атеросклерозе. Курс лечения повторяют спустя 1—3 мес. Улучшает кровоснабжение мозга препарат кавинтон (по 1 таблетке 3 раза в день

в течение месяца, с повторением в последующем курсов лечения). Уменьшает отложение холестерина в стенке сосудов пармидин (продектин). Он же способствует улучшению кровообращения в мозге и других органах. Назначают препарат внутрь вначале по 1 таблетке 3—4 раза в день, затем по 2 и даже по 3 таблетки 3—4 раза в день. Курс лечения рассчитан на 2—6 мес.

Большое значение имеет диета. Рацион должен включать вещества, препятствующие отложению холестерина в тканях сосудов. Такие вещества в значительном количестве содержатся в твороге, океанических сортах рыбы (сельдь, треска и т. п.), дрожжах. **Необходим полный отказ от курения и приема алкоголя!**

В профилактике заболевания и появления головной боли очень важен контроль за деятельностью желудочно-кишечного тракта. У больных атеросклерозом стул должен быть ежедневным; необходимо принимать меры, предупреждающие вздутие кишечника. Препараты обезболивающего действия должны назначаться в исключительных случаях.

Головная боль при пониженном артериальном давлении (гипотонической болезни и артериальной гипотонии). Гипотония — это состояние организма, при котором отмечается пониженное артериальное давление. Сосудистая гипотония может быть физиологической. Это чаще бывает в юношеском возрасте, и в этих случаях она клинически не проявляется, а выявляется при случайных измерениях артериального давления. Гипотония может быть также симптомом некоторых заболеваний, например туберкулеза, язвенной болезни, хронического колита, порока сердца (митральный стеноз), обильных кровопотерь и т. д. Но существует артериальная гипотония и как самостоятельное заболевание. В основе сосудистой гипотонии лежит нарушение нейрогуморального аппарата, регулирующего деятельность сердечно-сосудистой системы.

Как правило, молодые люди с низким артериальным давлением оказываются практически здоровыми, и только с возрастом при развитии у них склеротических изменений в сосудах или же нарушениях сосудистого тонуса могут возникать те или иные проявления, характерные для гипотонической болезни.

Основной симптом сосудистой гипотонии — низкое артериальное давление: ниже 110/70 мм рт. ст. у муж-

чин среднего и пожилого возраста и ниже 100/60 мм рт. ст. у женщин того же возраста.

У большинства людей с низким артериальным давлением обычно затруднена адаптация к метеорологическим факторам: они плохо переносят пребывание в жарких и душных помещениях, различные запахи, у них может быть повышенная утомляемость как при физическом, так и при нервно-психическом напряжении, появляются головокружение и мелькание мушек перед глазами при перемене положения тела, склонность к обморокам. Однако головная боль у них бывает редко.

Со временем, когда появляются признаки вегетативно-сосудистой дистонии или начального атеросклероза, возникают и клинические симптомы, характерные для артериальной гипотонии. Одним из первых симптомов гипотонической болезни является головная боль.

Характер боли может быть разнообразным. Обычно боль тупая, давящая, но бывает и приступообразная, пульсирующая. При артериальной гипотонии головная боль редко достигает большой степени выраженности. Часто боль возникает после физического или умственного перенапряжения, после сна, особенно дневного. Как правило, боль не имеет четкой локализации: она может распространяться на всю голову, периодически усиливаться, появляться в лобной, теменной, затылочной областях. Иногда головная боль сопровождается зевотой, тошнотой, рвотой.

В механизме развития головной боли при гипотонии имеет значение функциональное изменение тонуса сосудистых стенок. Экспериментальные исследования выявили резкие колебания артериального давления и при перемене положения тела больных артериальной гипотонией.

Курс лечения при сосудистой гипотонии включает комплексное применение медикаментозных средств и физических факторов. Одним из наиболее распространенных средств лечения является кофеин. Он входит в состав таких готовых лекарственных форм (таблетки), как аскофен, новацефальгин, цитрамон, пирамеин, пиркофен, пенталгин и др. Наибольшая доза кофеина содержится в двух последних препаратах, однако лучше и проще применять его в виде крепкого чая или кофе, но с обязательным пребыванием на свежем воздухе.

Разработана схема лечения головной боли при арте-

риальной гипотонии путем применения небольших доз кофеина вместе с вдыханием кислорода из кислородной подушки 2 раза в день. Курс лечения рассчитан на 10—12 дней и повторяется с недельным перерывом в течение $1^1/_2$—2 мес.

Лицам, страдающим гипотонической болезнью, протекающей с головной болью, рекомендуют курс лечения корнем женьшеня в виде настойки 1 : 10 по 15—25 капель 3 раза в день до еды, а также экстрактом элеутерококка по 2 мл за полчаса до еды. Продолжительность курса лечения 2—3 нед. Обычно проводят 2—3 курса с недельным перерывом. Однако следует помнить, что правильный курс лечения может быть назначен только врачом. Специальных медицинских мер профилактики артериальной гипотонии не существует.

Головная боль при мигрени. Слово «мигрень» происходит от греческого слова «гемикрания», что означает боль в одной половине головы (геми — полу, кранион — череп). Так впервые это заболевание было названо древнеримским врачом Галеном. В дальнейшем слово «гемикран-ия» трансформировалось во французской транскрипции в «migraine» и превратилось в «мигрень». Этот термин получил признание во всем мире, причем как в медицинской литературе, так и в быту.

Вначале считалось, что мигрень — заболевание, проявляющееся болью в одной половине головы. Однако исследования показали, что боль может быть во всей голове и что, кроме головной боли, у больных мигренью могут возникать зрительные, чувствительные, двигательные и речевые расстройства в виде преходящих ощущений появления мушек и искр перед глазами, гула, звона в ушах, онемения одной половины тела и слабости одной руки и ноги, кратковременных расстройств речи. Эти данные послужили основанием для выделения нескольких форм мигрени: обыкновенной (85% случаев), глазной (офтальгической 10%), ассоциированной (1%) мигрени и мигренозной невралгии (4%).

Основной в клинической картине болезни является приступообразно возникающая головная боль сосудистого механизма развития.

Обычно в приступе мигрени можно выделить три стадии. В первой стадии наблюдается спазм сосудов головного мозга. Он проявляется бледностью лица. Вследствие этого спазма возникает и головная боль. Эта ста-

дия непродолжительна, но в течение ее происходит освобождение из клеток крови особых веществ, которые увеличивают проницаемость капилляра. В результате этого происходит транссудация особых клеточных гормонов. Воздействуя на рецепторы стенок артерий, эти вещества снижают порог чувствительности к боли. Затем выделившиеся вещества выводятся почками и содержание их в крови резко уменьшается. Это приводит к тому, что тонус артерий мозга понижается, а спазм капилляров остается. В результате этого возникает расширение артериальных сосудов головы. Лицо краснеет, и появляется головная боль вследствие расширения сосудов — наступает II стадия. Она длится несколько часов, постепенно стихая. Третья стадия — послеприступный период. Он характеризуется постепенным уменьшением головной боли, чувством тяжести в голове и обусловлен биохимическими изменениями, происходящими в организме во время приступа. Приступ может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток, в среднем длится 6—18 ч.

Приступы мигрени могут появляться в любое время дня, но, как правило, начинаются с утра. Обычно перед приступом отмечаются определенные предвестники: повышенная раздражительность, нервозность, ощущение несуществующих запахов. Описанные проявления головной боли характерны для обыкновенной формы мигрени.

При глазной (офтальмической) форме появляются расстройства зрения. В результате спазма сосудов мозга, и в частности задней мозговой артерии, возникает выпадение половин полей зрения или перед глазами появляются яркие светящиеся точки, линии (нередко ломанные). Кроме зрительных расстройств, могут быть затруднения речи, нарушения мышления, трудность концентрации внимания и т. п. Эти нарушения получили название ауры. Она длится от 5 до 30 мин, а затем возникает боль в какой-либо области головы, чаще лобной, иногда в височной, реже в затылочной. У некоторых больных боль появляется над глазами, в челюстях и даже в спине. Боль распространяется на всю половину головы. Может возникнуть тошнота и даже рвота. Боль достигает максимума в период от 30 мин до 1 ч и держится не более 6 ч. Для глазной формы мигрени характерна локализация боли в лобно-глазничной области; затем

присоединяется боль в затылочной или височно-затылочной области.

При ассоциированной форме мигрени, у больных, кроме головной боли, появляется на несколько часов преходящая слабость руки и ноги или мимических мышц лица, иногда отмечаются нарушения речи и др.

Мигренозная невралгия — относительно редко встречающаяся форма мигрени. Больные жалуются на боль в области виска и глаза, причем боль возникает всегда в одно и то же время и отличается крайней выраженностью. Боль настолько сильна, что больные мечутся, иногда бьются головой о стенку, кричат. Приступ длится от 5—10 мин до 1 ч и более. Мигренозная невралгия встречается чаще у мужчин (4 : 1), другие формы мигрени чаще отмечаются у женщин.

Каковы же причины мигрени? Хотя мигрень известна очень давно, окончательно ее причины до настоящего времени не установлены. Исследования показали, что приступы мигрени обусловлены изменением тонуса внечерепных и внутричерепных сосудов. Примерно в 70% случаев выявляется связь между мигренью у родителей (чаще у матери) и у детей, причем наследуется не болезнь, а склонность к ней. Считается, что 60% случаев заболевания возникают до 20-летнего возраста. Почти в 90% наблюдения болезнь развивается в возрасте до 30 лет. Она может возникать и в другие возрастные периоды. Известны случаи мигрени у 1—3-летних детей. Очень часто приступы мигрени приходятся на время появления первых менструаций (более 70% случаев). Дети, склонные к мигрени, отличаются тонким душевным складом, критически осмысливают каждый свой шаг, не допускают действий, которые могли бы послужить поводом для окружающих плохо о них думать, сверхчувствительно реагируют на каждое замечание, обидчивы, педантичны.

Больные мигренью также чувствительны к изменениям погоды. Изменения атмосферного давления от 6 до 8 мм рт. ст. вызывают у них чувство тяжести в голове, перемену настроения, головную боль. У больных отмечаются аллергические реакции.

В развитии мигренозного приступа имеют значение как факторы окружающей среды, так и внутренние факторы организма (состояние гормональной системы и т. п.).

Провоцирующими моментами обычно являются перегревание на солнце, изменение атмосферного давления, пребывание в душном, плохо проветриваемом помещении, нарушение режима сна (особенно недосыпание, но иногда и избыточный сон) режима труда и отдыха, эндокринные сдвиги в организме (менструация, беременность), действие сильных внешних раздражителей (шум, яркий свет), сильное чувство голода, употребление в пищу ряда веществ (шоколад, цитрусовые, грибы, мед, крабы, некоторые виды рыб и мяса, в частности свинина), прием алкогольных напитков — особых сортов вин, в частности красного вина, физическое переутомление, заболевания внутренних органов. Играют роль и условнорефлекторные факторы: приступы возникают при попадании больного в определенное место в одно и то же время, при стечении определенных обстоятельств, при которых раньше наступали приступы головной боли.

Головную боль могут вызвать чувство тревоги, страх, испуг. Это можно видеть на следующем примере. У больной, у которой мигренью страдали мать и сестра, приступ болезни развился в 21 год после того, как на нее набросилась собака. Возникла боль в правой половине головы, затем боли стали появляться 2—3 раза в год без всякой внешней причины, а через 5 лет после новой психической травмы (смерть близкого человека) стали отмечаться ежемесячно, совпадая по времени с первыми 2 днями менструации.

В данном наблюдении имелась предрасположенность к болезни, но она не проявлялась до определенного времени, и психическая травма (испуг) спровоцировала развитие заболевания.

В ряде случаев причину развития приступа установить не удается.

Как уже говорилось, картина заболевания имеет особенности. Боль при мигрени жестокая, часто пульсирующего характера. Свои ощущения больные описывают очень красочно, образно. Они отмечают, что боль как будто распирает какой-то участок головы, преимущественно лобную область и глаз, появляется ощущение нарыва или какого-то «шевеления» в голове и т. п.

Во время приступа лицо больного бледнеет или краснеет вследствие сужения или расширения артерий головы. На высоте головной боли появляются тошнота,

иногда рвота, неприятные ощущения в области сердца, обостряется восприятие внешних раздражителей; больные не переносят света, шума, просят затемнить комнату, разговаривать шепотом и т. п.

Приступ продолжается несколько часов, затем боль постепенно уменьшается. Если больному удается заснуть, то он просыпается уже без головной боли, хотя могут отмечаться общая слабость, недомогание.

Вне приступа больные чувствуют себя обычно совершенно здоровыми и у них не удается выявить никаких признаков заболевания.

Мигрень у женщин очень хорошо описана авторами в художественной литературе. В романе «Мастер и Маргарита» М. Булгаков с большой детализацией и точностью описал приступ мигрени, его предвестники (ауру) у мужчины. У одного из персонажей романа Понтия Пилата, прокуратора Иудеи, приступ начинался с ощущения воображаемого запаха розового масла : «...все теперь предвещало нехороший день, так как запах начал преследовать прокуратора с рассвета... Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожаного снаряжения и пота от конвоя примешивается проклятая розовая струя». Он чувствует все тот же запах розового масла в запахе приготовляемого обеда. Угроза развития припадка вызывает тревожно-мнительное состояние у Понтия Пилата. Боль страшит его. Прокуратор восклицает: «О боги, боги, за что вы наказываете меня? Да, нет сомнения это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь... гемикрания, при которой болит полголовы... от нее нет средств, нет никакого спасения... попробую не двигать головой...». Понтий Пилат оставляет все дела, он мечтает только о том, чтобы уйти из колоннады в глубь дворца, затемнить комнату, повалиться на ложе, потребовать холодной воды, жалобным голосом позвать собаку Банга, пожаловаться ей на гемикранию. В больной голове прокуратора возникает даже мысль о яде. Окружающие, зная характер течения мигрени, говорят Понтию Пилату: «... мучения твои сейчас кончатся, голова пройдет».

Следует отметить, что, несмотря на общую схему развития головной боли при мигрени, она имеет индивидуальные особенности у разных людей. Как указывал крупный ученый прошлого века француз Лаборокк, при мигрени «каждый страдает на свой манер».

Считается, что каждый приступ мигрени как бы подготовляет путь для следующего.

У детей мигренозные приступы протекают так же, как у взрослых. Обычно приступу предшествует изменение настроения: ребенок становится капризным, трет глаза. Приступ начинается с появления сильной головной боли вначале в какой-то области головы: лобной, височной или затылочной, над глазами или в глазнице, концентрируясь в одной точке, а затем распространяясь на всю половину головы. Могут возникать мелькание мушек перед глазами, неприятное ощущение в области желудка, тошнота и даже рвота, после которой боль уменьшается.

Продолжительность мигренозного приступа у детей 2—3 ч, затем головная боль уменьшается и больной может заснуть на 1—2 ч. После сна ребенок просыпается без головной боли. Иногда в течение нескольких часов после пробуждения у него отмечаются общая слабость, вялость и т. п.

Как же вести себя при мигренозном приступе у ребенка? Какие лекарства следует назначать детям во время приступа? Следует хорошо запомнить, что во время развившегося приступа мигрени медикаментозные средства оказываются малоэффективными. Да и вообще средства, применяемые у взрослых при головной боли, детям без назначения врача давать не нужно. Нельзя забывать о частой непереносимости детьми многих лекарств.

Во время приступа мигрени ребенку необходимо создать максимальный покой, закрыть окна шторами, устранить все раздражители. Приступ головной боли можно снять или значительно ослабить с помощью довольно простых средств. Часто эффективными бывают тугое бинтование головы со сдавлением височных артерий, прикладывание к голове салфетки, смоченной холодной водой, или наоборот, согревание головы грелкой. У разных больных холод и тепло действуют по-разному. Как правило, всем помогают прикладывание горчичников к затылку или на межлопаточную область, горячие ножные ванны.

В очень тяжелых случаях детям дают крепкий чай или кофе вместе с ацетилсалициловой кислотой (аспирином) или анальгином, а также успокаивающие средства: диазепам (седуксен), реланиум, хлордиазепоксид

(элениум). В межприступном периоде надо проводить курс лечения, назначенный врачом.

Профессор Н. К. Узунов из НРБ получил хорошие результаты при лечении мигрени у детей ацетилсалициловой кислотой. Он назначает ее по 2 раза в день в течение 6—7 дней в начале каждого месяца на протяжении 3—6 мес. Эффективно, по данным Н. К. Узунова, назначение витамина D_2 по 300 000 или 600 000 МЕ внутримышечно в течение 18—20 дней. Полезны массаж головы и шеи, ежедневные прогулки, особенно пребывание в парке, лесу, необходимы прием пищи в строго установленные часы, сон достаточной продолжительности.

Многих, естественно, волнует вопрос, обязательно ли у страдающих мигренью родителей дети должны болеть мигренью? Нет не обязательно! Ведь по наследству передается не сама болезнь, а только склонность к ней, и эту склонность можно значительно ослабить, воспитывая детей спокойными, уравновешенными, закаленными физически, любящими труд. Имеет значение при этом поддержание хороших отношений между членами семьи, особенно в период развития ребенка.

Что же касается лечения мигрени у взрослых, то оно строится по двум направлениям: 1) предотвращение или прекращение (купирование) мигренозного приступа; 2) лечение мигрени.

В предотвращении мигренозного приступа оказываются полезными общегигиенические мероприятия: строгое соблюдение режима труда и отдыха, сна, питания и т. п. Профилактическое действие оказывают пребывание на свежем воздухе, особенно в лесу, прием витаминов С, B_1, B_{12}, сосудорасширяющих средств, длительные приемы брома, валерианы, курса водолечения, массажа, электротерапии.

В настоящее время для лечения приступа мигрени применяется мощное сосудорасширяющее средство — препарат спорыньи эрготамин. Следует отметить, что этот препарат не обладает обезболивающим свойством и, если он помогает больному, то это свидетельствует о том, что у него мигрень. Выпускается эрготамин в виде таблеток гидротартрата эрготамина по 1 мг и назначается под язык 2 табл. Венгерский препарат ригетамин содержит тоже 1 мг эрготамина тартрата. Суточная доза препарата не должна превышать 3 таблеток

и не более 12 таблеток в месяц. Его можно применять не более 7 дней, а в случае необходимости более длительного лечения обязателен перерыв на 3—4 дня. Действие препарата усиливается при сочетании с крепким чаем или кофе (если больной мигренью их переносит).

Широко применяется при лечении мигрени препарат кофетамин в виде таблеток, в которых содержится 1 мг тартрата эрготамина и 10 мг кофеин-бензоат натрия. Необходимо помнить, что эрготамин может вызвать тошноту, рвоту, онемение конечностей, боли в области сердца. Он противопоказан при стенокардии, сужении сосудов конечностей, при беременности, нарушении функции почек и печени, септических состояниях.

Одновременно с эрготамином назначают ацетилсалициловую кислоту по 1 таблетке 3—4 раза в день, амидопирин 3—4 раза в день, анальгин, реопирин. Для предотвращения тошиоты и рвоты применяют беллоид, димедрол, пипольфен.

Купированию приступа во многом способствуют диазепам (седуксен), вдыхание чистого кислорода. Лечение мигренозной невралгии аналогично лечению мигрени. В межприступном периоде таким больным рекомендуется проведение курса лечения кортикостероидными гормонами.

В лечении приступа мигрени нет единой схемы, так как у разных больных разные средства оказывают прямо противоположное действие. Так, одним больным помогает грелка к голове, другим — пузырь со льдом, одним — сосудосуживающие, другим — сосудорасширяющие средства, третьим — обезболивающие. Состояние одних больных облегчает питье горячего чая или кофе, другие же во время приступа ничего не могут принимать. Некоторые больные плохо переносят свежий воздух, пребывание в лесу, у них при этом возникает головная боль.

Следует помнить, что все лекарственные средства оказываются тем эффективнее, чем раньше их назначают. На высоте приступа все медикаменты малоэффективны. Лучшими средствами при мигренозном приступе оказываются покой и сон.

Больным, страдающим мигренью, рекомендуется молочно-растительная диета, так как в мясе и рыбе могут содержаться вещества, провоцирующие приступ; больные не должны употреблять алкогольные напитки, неко-

торые — крепкий чай и кофе, им противопоказано курение. Важно следить за ежедневным опорожнением кишечника. Достаточно продолжительным (в зависимости от возраста) должен быть ночной сон. Таким больным рекомендуется спать после обеда 1—2 ч и как можно больше находиться на свежем воздухе. Обязательны ежедневные прогулки пешком. Лица умственного труда должны заниматься легким физическим трудом, предпочтительно на воздухе.

С учетом общего состояния организма рекомендуются физические упражнения, общий массаж, гидропроцедуры: водяные ванны температуры 36°С в течение 10 мин с последующим струевым душем на ноги температуры 40—42°С в течение 2 мин, ножные ванны (теплые) перед сном.

Отметим, что лечение симптома болезни — это полумера. Нужно устранять не клинические проявления, а саму болезнь. Достигнуть это можно только, выполняя назначения врача.

Головная боль аллергического происхождения. Под аллергией понимают измененную чувствительность или реактивность организма человека к тому или иному веществу. Сущность ее состоит в том, что организм, до определенного времени совершенно нечувствительный к ряду веществ, вдруг приобретает к некоторым из них повышенную чувствительность, которая сопровождается болезненной реакцией организма.

Вещества, вызывающие аллергические реакции, получили название аллергенов. Их набор очень разнообразен. *Аллергенами* могут быть пыльца разных растений (примула, клен, ольха, дуб, вяз, ива, тополь, береза и др.), пищевые продукты (апельсины, земляника, икра, некоторые виды рыб и мяса, томаты, картофель, овсяная крупа), шерсть животных, пух подушек, табак, корм для рыб (сухие дафнии и циклопы), косметические краски, лаки, кремы, некоторые лекарства (йод, бром, антибиотики, сульфаниламиды, препараты мышьяка, барбитураты), различные химические вещества, бактерии, вирусы, продукты их жизнедеятельности и др.

При аллергии в организме человека вырабатываются строго специфические противотела (антитела) к ряду веществ. К сожалению, являясь защитными антителами по отношению к этим веществам, они могут причинять вред собственным органам и тканям. Повреждая клетки,

они способствуют освобождению биологически активных веществ — ферментов. Скапливаясь в крови в избыточном количестве, аллергические антитела оказывают раздражающее и возбуждающее действие на различные органы и системы, что приводит к развитию так называемых аллергических реакций немедленного типа. При этом в белых кровяных шариках — лимфоцитах — образуется особый фактор, который реагирует лишь на аллерген, его вызвавший, и при появлении аллергена в крови возникает аллергическая реакция. Реакция замедленного типа развивается спустя сутки или несколько суток после попадания аллергена в организм, вследствие этого может возникать и головная боль.

Механизм развития головной боли при аллергических состояниях сходен с механизмом возникновения мигренозного приступа. Вследствие аллергических реакций у больных повышается проницаемость кровеносных капилляров и возникают отек и набухание тканей, в результате чего происходит сдавливание чувствительных нервных окончаний. Имеет значение также раздражение нервных окончаний продуктами нарушения обмена веществ, возникшими вследствие отека и набухания тканей. Может нарушаться тонус сосудов головы.

Головная боль аллергического происхождения имеет некоторые особенности. Ее развитию может предшествовать набухание слизистых оболочек носа, глаза, отечность лица. У некоторых больных приступ головной боли сопровождается кожными реакциями типа крапивницы. Головная боль возникает внезапно. Провоцирующими моментами могут быть различные инфекции и интоксикации. Как правило, головная боль начинается со лба, реже с теменной и затылочной областей. По интенсивности она близка к мигренозной боли. Продолжительность приступа от нескольких часов до нескольких дней.

Лечение такого рода боли, как и мигрени, включает меры по прекращению приступа и лечебные мероприятия в межприступном периоде. Во время приступа головной боли больному необходимо создать максимальный покой, уложить в постель, сделать очистительную клизму, назначить на 2—3 дня молочно-растительную диету (овощи, кислые молочные продукты). Рекомендуются прием раствора хлорида кальция (10%, по 1 столовой ложке 3 раза в день), горячие ножные ванны,

горчичиики иа шею. Если головная боль сочетается с крапнвиицей, то места зуда протнрают борным спиртом нлн же смазывают 10% днмедроловой нлн 10% анестезнновой мазью.

В межпрнступном периоде больным проводят общеукрепляющее леченне, направлениое иа сиижеиие реактнвности нервной снстемы. Больные должны регулнровать деятельность желудочио-кншечного тракта, соблюдать рацнональный режнм труда и отдыха. Необходнмы ежедневная утренняя гимнастнка и прогулкн.

В профнлактнке головной боли аллергнческого происхождення важно нзбегать контакта в аллергенамн, к которым у больиого чувствительиость повышена.

Головная боль при аневризмах сосудов головного мозга. Аневризма — местное расшнреине сосудов головного мозга. Как правило, аневризма длнтельно не проявляется ннкакнми клнннческнмн симптомами. Когда аневрнзма достнгает определенных размеров, у больиых могут возннкнуть те нли нные симптомы, в частности головная боль. Обычно болн прнступообразиого характера похожи иа мнгреиозные, иногда сопровождаются рвотой н тошнотой. Локалнзацня боли разная, часто в затылочной областн. Однако, как н прн мигреии, боль может локализоваться в глазннчной нлн глазничио-лобиой областн на сторойе аиеврнзмы.

Однм нз важнейших признаков аневрнзмы сосудов головного мозга является рнтмнчный пульснрующнй шум в определенной области головы. Этот шум ощущает не только больной, но его может прослушать и врач на поверхностн черепа. Шум уснливается во всех случаях, когда ускоряется кровоток: прн волнеини, нервно-пснхическом и физнческом напряжеинн. Диагностика аневрнзмы возможна только методом ангнографии, т. е. рентгенографического исследования сосудов мозга с введеннем в ннх рентгеноконтрастных веществ (веществ, позволяющнх получать иа рентгеновских сиимках контуры сосудов).

Леченне аневрнзмы, а следовательно, и аневризматической головной болн, как правнло, оператнвиое.

Прн длнтельном течении заболеваиия стеика аневрнзмы может нстончиться. В результате этого наступает ее разрыв н кровь нзливается под оболочки мозга, обычно под паутинную оболочку (так называемое субарахнондальное кровонзлиянне).

Картина разрыва аневризмы очень типична. Внезапно после физического напряжения возникает резкая боль в затылке. Больные описывают ее как удар в затылок. Больной падает и теряет сознание, при этом могут появиться рвота, психическое и двигательное возбуждение. Придя в сознание, больной жалуется на жесточайшую головную боль.

Больному с первых минут необходимо обеспечить максимальный покой.

Лечение больных с субарахноидальным кровоизлиянием должно проводиться в больнице. При консервативном лечении аневризма может затромбироваться, но не раньше чем через 3—4 мес. Больные после разрыва аневризм должны находиться под наблюдением врача. Им противопоказаны значительное умственное и физическое напряжение, перегревание, употребление спиртных напитков, курение. Более надежным способом является хирургическое лечение аневризмы в условиях нейрохирургического стационара.

Нарушение функций желез внутренней секреции

Железы внутренней секреции, или эндокринные железы вырабатывают и выделяют непосредственно в кровь особые вещества — гормоны.

К железам внутренней секреции относятся гипофиз, щитовидная железа, надпочечники, половые железы и др. При изменении их функции одновременно с проявлениями соответствующего вида эндокринной недостаточности отмечается и симптом головной боли.

При повышенной функции гипофиза, в основе которой лежит увеличение объема его вещества, нередко опухолевого происхождения, развивается акромегалия — увеличение конечностей и части лица. В начале болезни головной боли не бывает, но когда опухоль гипофиза достигает значительных размеров, происходит повышение внутричерепного давления и возникает головная боль, чаще всего в лобно-глазничных и височных областях.

При повышении функции щитовидной железы возникает базедова болезнь. Она проявляется пучеглазием, учащением сердцебиения, увеличением размера щитовидной железы (зоб), повышенной раздражительностью. При

этом может возникать головная боль диффузного характера.

Приступообразная головная боль, сочетающаяся с состоянием возбуждения, усилением пигментации (окраски) кожных покровов, характерна для аддисоновой болезни, развивающейся при усиленной функции надпочечников, чаще всего вследствие опухоли коры надпочечников.

При снижении функции половых желез у больных также могут возникать головные боли. Они отличаются большой продолжительностью, интенсивностью, плохо поддаются лечению и напоминают головные боли при неврозах. Считается, что механизм их развития связан с функциональными нарушениями в высших отделах нервной системы.

Нарушение (обычно снижение) функции яичников, наступающее в климактерическом периоде, приводит к расстройству менструального цикла и возникновению своеобразного симптомокомплекса с нервно-психическими, сосудистыми, эндокринными и обменными нарушениями. Одним из проявлений этого симптомокомплекса оказывается головная боль. Она постоянная, диффузного характера, периодически обостряется, сопровождается «приливами», чувством жара, расширением сосудов преимущественно на лице, потливостью, учащением сердцебиений. Иногда у больных появляются онемение, неприятные ощущения в конечностях, общая слабость, развивается повышенная возбудимость, плаксивость, нарушается сон. Так протекает неосложненная форма климакса.

В тех случаях, когда климактерические явления развиваются на фоне гипертонической болезни и атеросклероза, головная боль бывает значительно более тяжелой. Здесь как бы переплетаются, усиливая друг друга, два процесса: физиологический процесс возрастной эволюции и патологический сосудистый процесс. На фоне разлитой головной боли возникают сосудистые мозговые кризы, неустойчивость артериального давления, появляются шум в ушах, головокружение, ухудшается память.

При нарушениях функций желез внутренней секреции лечение головной боли должно вестись по назначению врача с консультацией эндокринолога (или с лечением у него), так как лечебные мероприятия эффектив-

ны только тогда, когда направлены на основной болезненный процесс.

Очень важно соблюдение режима питания, труда, отдыха, сна, способствующее регуляции основных процессов возбуждения и торможения. Рекомендуется прием симптоматических средств: анальгина, амидопирина, кофеина. При повышении артериального давления помогают сосудорасширяющие препараты, а также средства, снижающие артериальное давление.

Травмы головного мозга

Травма головного мозга — очень частая причина головной боли. При этом головная боль может быть следствием острой черепно-мозговой травмы или может возникнуть непосредственно как ее осложнение. Наиболее часто головная боль травматического происхождения бывает при ушибах головы. Головная боль при ушибе головы ощущается в первые минуты или часы после травмы, а затем проходит.

Механизм боли заключается в том, что травмирующий агент раздражает болевые рецепторы непосредственно, а также в результате возникновения отека на месте травмы. При сильной травме может реактивно изменяться сосудистый тонус головы и к местной боли присоединяться боль сосудистого происхождения.

При ушибе головы рекомендуются покой, холод (пузырь со льдом) на место ушиба. Самые большие «шишки» исчезают после лечения в течение недели. Головная боль проходит значительно раньше. Для ее устранения назначают различные обезболивающие средства — анальгин, амидопирин и т. п.

При травмах головы могут возникать острые поражения головного мозга. Их делят на три основные группы: сотрясения, ушибы и сдавления мозга. Такое деление условно, так как при любой травме могут сочетаться все три вида травматических поражений, и только с учетом ведущего синдрома говорят о том или ином виде травматического поражения.

Основными симптомами сотрясения головного мозга являются головная боль, потеря сознания, тошнота, рвота, ретроградная амнезия (потеря памяти на события, предшествовавшие травме). В легких случаях головная боль ощущается лишь в первые минуты или часы после

травмы. При сотрясениях средней тяжести и тяжелых головная боль может держаться несколько дней. Она обычно постоянная, разлитая, усиливается при движениях, особенно головы. У некоторых больных головная боль сопровождается тошнотой, головокружением и звоном в ушах, сильной общей слабостью.

Лечение головной боли при сотрясении мозга сводится к лечению основного заболевания. Больным необходимы строгий постельный режим, назначение обезболивающих средств, пузырь со льдом на голову, больному дать сладкий чай или кофе. Важным условием лечения сотрясения мозга является соблюдение постельного режима в сроки, указанные врачом. Дело в том, что в зависимости от тяжести сотрясения мозга у больных спустя 1—3 дня исчезают все болевые ощущения и эти люди считают себя вполне здоровыми. Однако это только мнимое благополучие. Болезненный процесс продолжается, и возвращение больного к обычной деятельности, как правило, ухудшает течение болезни. И у тех больных, которые не соблюдали больничного режима, возникает ряд поздних осложнений и в первую очередь упорные головные боли, плохо поддающиеся лечению.

При ушибах головного мозга, кроме общемозговых явлений: головной боли, общей слабости, на первый план выступают симптомы местного поражения мозговой ткани в виде речевых расстройств, парезов и параличей отдельных мышечных групп. Лечение таких больных проводится в условиях лечебного учреждения.

В ряде случаев после черепно-мозговой травмы все явления могут пройти в течение нескольких часов (иногда дней), а затем головная боль возникает вновь. При этом может быть рвота и даже потеря сознания. Эти болезненные состояния развиваются в результате местного повышения давления на мозг — **сдавление мозга.** Его происхождение связано с продолжающимся кровотечением из поврежденных ветвей внутричерепных артерий или вен. Возникает внутричерепная гематома.

Вследствие сдавления мозга повышается внутричерепное давление и развивается сильнейшая головная боль.

Лечение травматических внутричерепных гематом обычно хирургическое, при этом чем раньше проведена операция, тем лучше прогноз заболевания. В тех случа-

ях, когда сроки оперативного вмешательства упущены, больной может умереть, несмотря на удаление гематомы.

В качестве примера приведем следующее наблюдение.

Больной К., 38 лет, заболел гриппом и лечился амбулаторно. На 3-й день болезни поднялся с постели, поскользнулся и упал. Была кратковременная потеря сознания, и около $1^1/_2$ ч держалась головная боль, которая затем прошла, и больной чувствовал себя относительно удовлетворительно. Однако на следующий день появилось ощущение тяжести и диффузная боль в голове. Эти ощущения больной связал с гриппозным состоянием и начал принимать средства от головной боли. Интенсивность боли уменьшилась. Факт травмы головы больной скрыл от лечащего врача. При осмотре он торопил врача выписать его на работу. Когда на 4-й день после травмы участковый врач посетил больного, то заметил ухудшение его состояния: бледность, слабый пульс, неровное дыхание. Врач, не зная об ушибе головы, расценил ухудшение состояния больного как результат осложнения гриппа и предложил больному направление на немедленное лечение в больницу. Однако больной отказался выполнить рекомендации врача. На следующий день состояние больного еще больше ухудшилось: к головной боли присоединилась рвота и потеря сознания. Машиной скорой помощи больной был доставлен в больницу. Он сообщил об ушибе, и у него была диагностирована подоболочечная гематома в правой половине головы и произведено оперативное удаление ее. Однако время оперативного вмешательства по вине больного было упущено, и он после операции лишь на короткое время пришел в сознание, а затем вновь наступила потеря сознания и смертельный исход.

В данном случае вследствие небрежного отношения больного к своему здоровью и в связи с недооценкой ушиба головы черепно-мозговая травма привела к смерти.

Головная боль — один из частых и основных симптомов в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Предложено даже специальное название для этого вида боли — посттравматическая головная боль. Для нее характерно постоянство с периодическим усилением. Чаще боль бывает разлитой, реже локализованной. Больные определяют ее как «сжимающую», «пульсирующую», «жгучую» и т. п. Нередко больные жалуются на ощущение звона в ушах, сдавливания в какой-то области головы в виде шлема, каски и т. п.

Больные прибегают к различным приемам, чтобы облегчить боль: туго стягивают голову, с силой надавливают на разные точки головы и лица. Это дает кратковременное облегчение и уменьшает боль.

Причиной посттравматической головной боли могут

быть рубцовые изменения в оболочках мозга, его веществе, сосудах. При рубцовых изменениях в оболочках мозга резко повышается чувствительность оболочек к болевым раздражениям. Основная роль в развитии посттравматической головной боли принадлежит нарушениям ликвородинамики, т. е. затрудненному передвижению спинномозговой жидкости вследствие рубцовых изменений. Развивается хроническое повышение внутричерепного давления — гипертензионный синдром. В возникновении последнего может иметь значение и увеличение продукции спинномозговой жидкости. Повышение внутричерепного давления отмечается в 70% случаев посттравматической головной боли и проявляется постоянной головной болью, усиливающейся по утрам и уменьшающейся при переходе в вертикальное положение.

Бывают случаи, когда в результате травматического воздействия на мозг продукция спинномозговой жидкости уменьшается. Тогда возникает гипотензивный синдром, т. е. симптомокомплекс пониженного внутричерепного давления. Для него также характерна разлитая головная боль, которая в отличие от головной боли при гипертензионном синдроме усиливается в вертикальном положении тела и уменьшается в горизонтальном. Гипотензивная посттравматическая головная боль встречается примерно в 20% случаев травм головы.

В механизме развития головной боли в отдаленном периоде черепной травмы также имеет большое значение повышение возбудимости центральных нервных аппаратов головного мозга к болевым импульсам. В связи с этим такие больные становятся крайне чувствительными к воздействию климатопогодных факторов.

Как видно из изложенного выше, лечение посттравматической головной боли может быть успешным лишь при точном выяснении причин ее развития.

При головной боли, сочетающейся с выраженными симптомами повышения внутричерепного давления, назначают спинномозговые пункции с извлечением 6—10 мл спинномозговой жидкости и введение гипертонических растворов, способствующих выведению жидкости из организма (глюкоза, натрия хлорид, фуросемид и т. п.).

При головной боли на фоне пониженного внутричерепного давления хороший результат дает введение в

организм жидкости: дистиллированной воды или изотонического раствора хлорида натрия. Применяются медикаменты, уменьшающие возбудимость центральных аппаратов головного мозга: снотворные средства, бром с кофеином, анальгин, амидопирин и другие средства, способствующие рассасыванию рубцов: препараты йода, алоэ и т. п.

При упорной головной боли прибегают к рентгенотерапии (лечению рентгеновскими лучами), введению воздуха в субарахноидальное (подоболочечное) пространство, применяют электро- и физиотерапевтическое лечение.

Воспалительные заболевания

Головная боль при различных инфекционных заболеваниях. Острое инфекционное заболевание часто начинается с головной боли. Многим хорошо известны особенности головной боли при гриппе, тифах, малярии и других инфекционных заболеваниях. Головная боль — нередкий симптом и при хронических инфекционных заболеваниях, таких, как туберкулез, бруцеллез, ревматизм и т. п.

Головная боль при гриппе обычно разлитая, усиливающаяся при физическом и нервно-психическом напряжении. В ряде наблюдений отмечается ее преимущественная локализация в лобной области.

При брюшном тифе в начале болезни головная боль выражена слабо, но с развитием процесса ее интенсивность возрастает.

Сильной бывает головная боль при сыпном тифе. Она появляется как один из симптомов заболевания и обычно на фоне высокой температуры тела. В случае благоприятного течения болезни со снижением температуры головная боль уменьшается, а затем и прекращается.

Во всех случаях головная боль устраняется путем назначения специальных средств лечения основного заболевания обычно в больничных условиях.

Головная боль при воспалительных заболеваниях головного мозга и его оболочек. Внутричерепные воспалительные процессы — воспаление оболочек головного мозга (менингиты и арахноидиты), воспаление вещества мозга (энцефалиты), как правило, сопровождаются головной болью.

Головная боль при воспалении мозговых оболочек. Воспаление мозговых оболочек называется менингитом. При менингитах болезненный процесс развивается в мягкой мозговой оболочке, но в ряде случаев может поражаться преимущественно паутинная оболочка. Воспаление паутинной оболочки мозга носит название арахноидита. Головная боль при менингитах и арахноидитах имеет особенности. Она по-разному проявляется при остром и хроническом менингите, остром и хроническом арахноидите. Одна из распространенных форм менингита — острый гнойный цереброспинальный менингит. Он начинается внезапно с появления головной боли на фоне полного здоровья. Боль не имеет строгой локализации, неуклонно нарастает, как будто распирает голову изнутри. Быстро повышается температура тела до 39—40°С, появляются сильный озноб, рвота, судороги. Возникает напряжение мышц затылка, затемнение сознания. Головная боль настолько мучительна, что больные, находящиеся в состоянии оглушенности, стонут, хватаются руками за голову. Всякое движение, резкий звук, яркий свет усиливают боль. Обычные обезболивающие средства не помогают. Боль уменьшается после спинномозговой пункции, которая на некоторое время снижает внутричерепное давление. В полученной при этом жидкости обнаруживаются возбудители минингита — гноеродные кокки (менингококки). Гнойные менингиты могут развиваться не только вследствие воспаления оболочек мозга, вызываемого менингококками, но и при попадании других бактерий в оболочки мозга. Источниками инфекции в этих случаях бывают воспаления среднего уха (отит), хронические воспаления в костях (остеомиелит), гнойные процессы на лице, в полости рта и т. п. По клинической картине вторичные гнойные менингиты (как обычно называются эти заболевания) очень сходны с эпидемическим церебральным менингитом. При этом имеется менингеальный симптомокомплекс, в котором ведущей также является сильная головная боль без четкой локализации. Лишь в отдельных случаях больные могут указать на преимущественную выраженность головной боли в той или иной части головы: области лба, висков или затылка.

Помимо описанных гнойных менингитов, могут встречаться и негнойные, или как их называют, серозные

менингиты. Несмотря на воспалительный процесс, при серозных менингитах в оболочках мозга нет гноя. Возбудителями их являются вирусы и некоторые бактерии (микобактерии туберкулеза, бледная трепонема и т. п.). Серозные менингиты могут быть острыми и хроническими. Головная боль при острых серозных менингитах менее сильная, чем при гнойных, но возникает она остро, как и при гнойных менингитах, и не имеет четкой локализации. Примером такого заболевания могут быть часто встречающиеся серозные ограниченные постгриппозные менингиты (арахноидиты), вызываемые вирусом гриппа.

Один из относительно часто встречающихся видов серозного менингита — туберкулезный. Особенностью головной боли при туберкулезном менингите является ее неуклонное нарастание. Серозные менингиты чаще бывают хроническими. Обычно они развиваются после перенесенных внутричерепных инфекционных заболеваний, а также после травматических поражений головного мозга. Головная боль при хронических серозных менингитах возникает постепенно. В большинстве случаев она диффузная, постоянная. Особенность головной боли при серозном менингите состоит в периодичности ее обострений.

Разновидностью серозного менингита является арахноидит — воспаление паутинной оболочки головного мозга. Как правило, при арахноидите в процесс вовлекается и мягкая мозговая оболочка, но воспалительные изменения преобладают все же в паутинной оболочке. Причиной арахноидита чаще является инфекция, иногда — травматическое поражение головного мозга. Различают две формы арахноидита — слипчивый и кистозный. При слипчивой форме образуются спайки, а при кистозной — разной величины полости в виде кист, наполненных бесцветной или слегка желтоватой прозрачной жидкостью. Кисты могут быть одиночными и множественными. В зависимости от локализации воспалительного процесса при арахноидите (на выпуклой поверхности полушарий головного мозга или же в области его основания) и его формы (слипчивый или кистозный) разными оказываются симптомы его проявления, характер и интенсивность головной боли.

При арахноидитах преимущественно выпуклой поверхности полушарий головного мозга головная боль

может быть как разлитой, так и локализующейся преимущественно в лобной, теменно-височной или затылочной области. Это объясняется особенностью иннервации твердой мозговой оболочки, так как передние его отделы иннервируются I ветвью тройничного нерва, средние от II и III его ветвей, а задние — блуждающим нервом.

Зависимость между локализацией патологического процесса и проявлением болевого синдрома можно проследить лишь в редких случаях.

Очень сильная боль в основном в затылочной области отмечается при арахноидитах задней черепной ямки. Боль постоянная, временами приступообразно усиливающаяся, может отдавать в лобную, височную и височно-теменную области, но во всех этих случаях обычно сочетается с болью в затылочной области. Часто головная боль сопровождается тошнотой и даже рвотой.

Особое значение в механизме развития головной боли при менингитах и арахноидитах имеет раздражение чувствительных нервных окончаний и нервных волокон в оболочках мозга, в частности в твердой мозговой оболочке инфекционными токсинами. Определенную роль играет также раздражение болевых рецепторов в стенках сосудов твердой мозговой оболочки. Причинным фактором оказывается химический (продукты жизнедеятельности микроорганизмов), а также механический—повышение внутричерепного давления вследствие гиперпродукции спинномозговой жидкости. Имеет значение и повышение возбудимости к болевым импульсам центральных нервных аппаратов головного мозга.

Лечение головной боли при менингитах симптоматическое, входящее в комплекс лечения основного заболевания. Головная боль уменьшается после спинномозговых пункций. При менингитах пункция является лечебной процедурой. Больные, испытав облегчение после пункции, в дальнейшем сами просят повторить ее. И в ряде случаев только мозговая пункция снимает головную боль. Обычные препараты от головной боли при менингите малоэффективны.

Для облегчения состояния больных применяют различные отвлекающие средства: холод на голову, горчичники на область шеи, между лопатками, к ногам.

Больным церебральными арахноидитами назначают различные противовоспалительные препараты и средст-

ва, понижающие внутричерепное давление. Эффективны рассасывающие средства.

В случае головной боли, плохо поддающейся медикаментозному лечению, прибегают к рентгенотерапии, хирургическому иссечению рубцовой и гранулематозной ткани.

Головная боль при воспалении вещества мозга — энцефалитах. Воспалительные процессы, локализующиеся в веществе мозга, получили название энцефалитов. Они могут быть острыми и хроническими. Среди острых энцефалитов различают клещевой, комариный и так называемый эпидемический.

Каждый вид энцефалита проявляется соответствующими симптомами. Одним из основных симптомов болезни является головная боль.

Головная боль наибольшей интенсивности бывает в начальном периоде клещевого энцефалита. Это постоянная боль во всей голове на фоне высокой температуры тела. Часто головная боль сопровождается тошнотой и рвотой.

При эпидемическом энцефалите головная боль не имеет четкой локализации, не отличается постоянством.

Кроме первичных энцефалитов, о которых было сказано выше, бывают энцефалиты, развивающиеся как осложнение различных воспалительных заболеваний, — так называемые вторичные энцефалиты: гриппозный, ревматический, тифозный, коревой, оспенный, скарлатинозный и т. п. При них головная боль также является одним из ведущих симптомов. Она обычно диффузная, в ряде случаев может быть пульсирующего характера.

Гриппозный энцефалит — относительно редко встречающееся заболевание. Возникает в остром периоде вирусного гриппа (типа A, A_1, A_2 и B). Обычно энцефалитный симптомокомплекс обнаруживается спустя 1—2 нед после гриппа. На фоне повышения температуры тела появляется сильная головная боль, могут быть тошнота, рвота. К разлитой головной боли иногда присоединяется локальная боль в области лица или в затылке. Она обусловлена поражением тройничного и большого затылочного нервов. Течение энцефалита в большинстве случаев благоприятное, поэтому и прогноз головной боли благоприятный.

Остро проявляется головная боль и при ревматическом энцефалите. Она тоже не имеет определенной ло-

кализации и сопровождается повышением температуры тела, тошнотой, рвотой.

Коревой энцефалит возникает к концу периода высыпания и характеризуется сильной головной болью.

Наряду с острыми энцефалитами существуют хронические энцефалиты. При них головная боль постоянна, но выражена, как правило, нерезко; периодически она может усиливаться.

В механизме возникновения головной боли при энцефалитах имеет значение раздражение чувствительных нервных окончаний в оболочках мозга, которые также вовлекаются в патологический процесс. Кроме того, при энцефалитах происходит раздражение чувствительных окончаний в стенках сосудов.

Уменьшают головную боль в остром периоде применение холода на голову, обезболивающие препараты, средства, понижающие внутричерепное давление. Эффективно назначение отвлекающих средств (горчичники, банки и т. п.).

В результате проникновения инфекции в полость черепа в веществе мозга могут развиваться гнойные очаги — абсцессы. Инфекционные агенты могут попадать в мозг разными путями во время проникающих ранений черепа, при распространении бактерий с током крови или лимфы из разных гнойных очагов: среднего уха при гнойном отите, придаточных полостей носа при их гнойном воспалении, из гнойников на коже лица и головы, из очагов гнойных процессов в легких, костях (остеомиелиты) и т. п.

Головная боль при абсцессах головного мозга—один из ранних признаков заболевания. Она появляется исподволь на фоне общего ухудшения самочувствия больного: возникают плохое настроение, подавленность, общая слабость, пропадает аппетит. Головная боль чаще распространяется на всю голову, в отдельных случаях усиливается в какой-либо определенной области головы. Иногда боль носит пульсирующий характер. Она усиливается при движении, особенно при поворотах головы. При поколачивании пальцами по голове боль может усиливаться в области локализации абсцесса. Особенность головной боли при абсцессах мозга состоит в ее неуклонном нарастании. Прием таблеток от головной боли облегчения не приносит.

При прогрессировании болезненного процесса может

измениться и характер головной боли. Она становится разлитой с ощущением тяжести в голове. Изменение характера головной боли объясняется тем, что в ее развитие включаются дополнительные механизмы вследствие повышения внутричерепного давления. Возникает гипертензионный синдром. Вообще же в механизме развития головной боли при абсцессах мозга играет роль повышение возбудимости центральных аппаратов мозга вследствие действия токсико-инфекционных факторов, повышение внутричерепного давления, а также натяжения чувствительных к болевым раздражениям образований вблизи абсцесса и на расстоянии от него. Различные симптоматические средства при абсцессах головного мозга неэффективны или же дают очень кратковременное облегчение. Основным видом лечения абсцесса является его удаление в больничных условиях. Нарушение этого условия обычно ведет к смерти.

Воспалительные процессы в придаточных пазухах носа нередко сопровождаются головной болью.

К придаточным пазухам носа отнсят верхнечелюстную (гайморову), лобную, клиновидную пазухи и клетки решетчатой кости. Они выстланы слизистой оболочкой, являющейся непосредственным продолжением такой же оболочки носа. Их отверстия открываются в полость носа и с ней сообщаются. Вследствие этого сообщения в придаточные пазухи может проникать инфекция и слизистая оболочка их воспаляется. Воспалительные процессы в придаточных пазухах называются синуситами (лат. синус — полость, пазуха). В зависимости от того, какая пазуха воспалена, различают фронтит (лат. фронт — лоб), гайморит — воспаление гайморовой пазухи и т. п.

Воспалительные процессы в пазухах могут быть острыми и хроническими, серозными (катаральными) и гнойными. Встречается воспаление нескольких придаточных пазух носа — полисинуситы (греч. поли — много) и воспаление всех придаточных пазух — пансинуситы (греч. пан — весь).

При синуситах головная боль отличается периодичностью с максимальной выраженностью к середине дня. Причина такого явления не совсем ясна. Очевидно, в течение ночи в результате горизонтального положения туловища происходит задержка оттока содержимого из придаточных пазух носа. При переходе в вертикальное

положение полости постепенно опорожняются и головная боль уменьшается. К концу дня боль прекращается. Между выраженностью головной боли и характером воспалительного процесса не существует прямой зависимости. Часто легкие воспалительные катаральные процессы сопровождаются сильной головной болью и, наоборот, при гнойных процессах головная боль нерезко выражена.

Обычно боль охватывает всю голову, но может локализоваться и в какой-либо ее области. Головная боль усиливается при обострении воспалительного процесса в придаточных полостях, при простудных заболеваниях, переохлаждении, физическом напряжении, кашле, чиханье, во время менструации, после приема алкоголя и т. п. Уменьшают головную боль тепловые процедуры, особенно в сочетании с приемом обезболивающих препаратов.

При гайморитах больные ощущают чувство закладывания одной половины носа, боль над областью проекции гайморовой пазухи (в щеке), в области верхней челюсти, лба и во всей голове. При фронтитах боль локализуется в лобной области. Наиболее сильная она в области переносицы. Боль постоянная, периодически обостряющаяся, в большинстве случаев достаточно интенсивная. Особенно сильной боль бывает при воспалении нескольких придаточных пазух.

Механизм головной боли при воспалительных процессах в придаточных полостях очень сложный. Определенную роль играют воздействия токсико-инфекционного фактора на чувствительные окончания тройничного нерва в слизистой оболочке придаточных пазух, а также в стенках сосудов, и сдавление сосудов набухшими тканями.

При воспалительных заболеваниях придаточных пазух назначают противовоспалительные средства в комплексе с обезболивающими препаратами, а также различные виды физиотерапевтического лечения. В случаях, не поддающихся консервативному лечению, показано специальное хирургическое лечение и даже рентгенотерапия.

Головная боль при воспалительных процессах среднего уха. Ухо — орган слуха и равновесия. В нем различают три отдела: наружное ухо, включающее ушную раковину и наружный слуховой проход, среднее ухо —

барабанная полость со слуховыми косточками, барабанная перепонка, слуховая (евстахиева) труба и внутреннее ухо, куда относится собственно орган слуха — кортиев орган с улиткой и аппаратом равновесия (полукружные каналы).

Наиболее часто воспалительные процессы локализуются в среднем ухе. Это обусловлено тем, что инфекция из полости носа через слуховую трубу попадает в барабанную полость. Воспаление барабанной полости называется средним отитом. Острые и хронические воспаления среднего уха — отиты — могут быть одной из причин головной боли.

При острых отитах головная боль возникает остро. Ее преимущественная локализация — ухо, иногда височно-лобная область. Обычно боль постоянная, временами усиливающаяся, в ряде случаев пульсирующая. Как правило, она сопровождается повышением температуры тела, а иногда и головокружением.

При хронических отитах головная боль ноющего характера, локализуется на стороне больного уха отита. Кроме головной боли, отмечается болезненность в затылочной области в месте выхода затылочного нерва и в надглазничной области.

Если процесс осложняется мастоидитом, т. е. воспалением ячеек сосцевидного отростка височной кости, то возникает сильная постоянная пульсирующая боль в затылочной или теменно-затылочной области на стороне больного уха. Обычно в этих случаях появляется отечность места болезненности, иногда гнойное отделяемое из уха, высокая температура.

Гнойные процессы в ухе могут осложняться менингитом и даже абсцессом мозга. Первый симптом менингита — *появление сильной разлитой головной боли* во всей голове, сопровождающейся тошнотой и рвотой.

При отсутствии осложнения у больных отитами головная боль локализуется в области, прилежащей к воспаленному уху. В случае возникновения осложнений она распространяется на другие участки головы, особенно в затылочную и теменно-затылочную области.

Головная боль у больных с воспалительными процессами в области среднего уха обусловлена раздражением чувствительных нервных окончаний черепных нервов, иннервирующих эту область.

Раздражающее действие в случае воспалительного процесса в среднем ухе оказывают инфекционные токсины. Имеет значение повышение внутричерепного давления, а также повышение колебательной подвижности внутричерепных сосудов и возбудимости центральных нервных аппаратов.

Лечение головной боли при воспалительных процессах в среднем ухе определяется лечением основного заболевания. Для уменьшения головной боли применяют симптоматические средства обезболивающего действия: амидопирин, ацетилсалициловая кислота (аспирин), фенацетин и др.

В случае осложнения гнойных отитов и перехода процессов на мозговую ткань необходимо срочное оперативное вмешательство.

Головная боль при заболеваниях полости рта, челюстей и областей, пограничных с ними. В развитии головной боли воспалительного происхождения имеют значение заболевания полости рта, челюстей и областей, пограничных с ними, т. е. областей поражения, которые изучаются врачами-стоматологами, поэтому такого рода головную боль можно назвать стоматогенной (греч. стома — рот, генезис — происхождение).

Причиной стоматогенной головной боли чаще всего оказываются воспалительные заболевания зубов верхней и нижней челюстей, миндалин.

Наиболее частой причиной заболевания зубов является кариес — прогрессирующее воспалительное поражение зубов, приводящее к растворению неорганических известковых солей зуба и разрушению его основных твердых частей (эмали и дентина). В результате открывается доступ бактериям в полость зуба, что приводит к пульпиту — воспалению зубной мякоти (пульпы). В пульпе находятся нервы и сосуды, поэтому пульпиты сопровождаются сильными болями.

Зубы — самое болезненное место в организме. Это объясняется тем, что в зубе много болевых рецепторов. Если на 1 $см^2$ кожи приходится не более 200 болевых рецепторов, то на 1 $см^2$ дентина зуба (костоподобная часть зуба) — от 15 тыс. до 30 тыс. болевых рецепторов, а на границе эмали (плотной ткани, покрывающей коронку зуба) и дентина их число доходит до 75 тыс. Поэтому зубная боль относится к самым жестоким болям.

Обычно она локализуется в области больного зуба. Имеет значение и какой зуб при этом поражается. Локализация головной боли соответствует, как правило, стороне пораженного зуба. При этом боль может иррадиировать (отдавать) в глазное яблоко, лобную, височную и затылочную области. Диффузная головная боль возникает при поражении нескольких зубов.

В механизме возникновения головной боли зубного, или, как говорят врачи, одонтогенного (греч. одонтос — зуб), происхождения имеет значение раздражение чувствительных окончаний II и III ветвей тройничного нерва, а также нервных волокон вегетативных узлов лица. Кроме того, имеет значение раздражение токсико-инфекционными агентами чувствительных болевых окончаний в стенках сосудов и оболочках мозга.

Временное облегчение при головной боли одонтогенного происхождения приносит применение анальгина в сочетании с тепловыми процедурами; одновременно проводится лечение воспалительного процесса в области зубов.

Сильная головная боль возникает у больных и при нарушении прикуса, т. е. взаимоотношения зубов верхней и нижней челюстей при их смыкании. Следует отметить, что нарушения прикуса встречаются не так уж редко, но проявляются головной или лицевой болью далеко не всегда. Височно-нижнечелюстной сустав, на деятельности которого в первую очередь сказывается нарушение прикуса, обладает известным запасом компенсации и, когда истощаются приспособительные возможности сустава, возникают те или иные болезненные симптомы. Симптомокомплекс нарушения прикуса проявляется «щелканьем» в височно-нижнечелюстном суставе, тупой болью в ухе, околоушной области, теменной и затылочной областях. Боль обычно нарастает к концу дня. Постепенно усиливаясь, она держится часами, а в некоторых случаях даже днями. Чаще боль локализуется в одной половине головы, но может быть и двусторонней.

Лечение в таких случаях сводится в начале к назначению тепловых процедур на область височно-нижнечелюстного сустава, массажа, предоставлении суставу максимального покоя, после которого врачом-стоматологом производится исправление прикуса, что приводит к исчезновению всех болевых симптомов.

Диагностика головной боли, обусловленной нарушением прикуса, очень трудна. Довольно часто, не зная зависимости между нарушением прикуса и головной болью, больные не обращают внимания врачей (обычно терапевтов, невропатологов) на стоматологические нарушения и поэтому не могут от них избавиться. Одна наша больная 47 лет жаловалась на сильную боль в правой половине головы, отдающую в зубы верхней челюсти (кстати, несколько лет назад удаленные). Тупая боль ноющего характера у нее начиналась во второй половине дня в области правого уха, затем распространялась на височную и надбровную области, область удаленных верхних коренных зубов. Боль держалась несколько часов. Прием анальгина или ацетилсалициловой кислоты снимал ее, но не надолго. У больной бывали и светлые промежутки, когда боли не возникало по нескольку дней, недель, но затем она появлялась вновь с прежней силой. Обследование у врачей разных специальностей — терапевта, отоларинголога и даже невропатолога не выявило никаких болезненных изменений, а лечение по общепринятым схемам заметного улучшения не давало. И только после того как больная попала к стоматологу, была установлена причина головной боли, она состояла в нарушении прикуса. После протезирования головная боль полностью прекратилась через $1^1/_2$—2 нед без применения какого-либо медикаментозного лечения. В данном случае головная боль была обусловлена нарушением прикуса и после его исправления больная избавилась от приступов мучительной головной боли.

Боли в полости рта, распространяющиеся на половину головы или на всю голову, могут возникать при воспалениях полости рта — стоматитах, явлениях гальванизма. Как правило, клинические проявления гальванизма, обусловленного наличием в полости рта коронок из разнородных металлов или металлических протезов, ограничиваются местными симптомами: появлением привкуса металла во рту, сухости или, наоборот, повышенного слюноотделения, чувства жжения и неприятных ощущений в области протеза. В дальнейшем у больных повышается раздражительность и возникает разлитая головная боль, сходная с головной болью при неврозах. При этом обычно отмечаются потемнение золотых коронок или коронок из нержавеющей стали, покраснение

слизистой оболочки полости рта. Причиной этих изменений оказываются микротоки, возникающие между разнородными металлами (коронка и припой), и сопутствующие этому электрохимические явления. Улучшение наступает после снятия металлических протезов, замены пломб из амальгамы неметаллическими. Это уменьшает местные явления и прекращает головную боль.

Головная боль может возникать также при воспалительных процессах в области небных миндалин (лимфоидных образований). Они располагаются по боковым сторонам зева между небными дужками и называются глоточными миндалинами. Воспаление миндалин носит название тонзиллита, а воспаление слизистой оболочки зева с включенными в нее глоточными миндалинами — ангиной.

Головная боль при ангине протекает на фоне высокой температуры тела, затрудненного глотания. Головная боль диффузная, усиливающаяся с повышением температуры тела и уменьшающаяся при ее снижении или нормализации.

При острых и хронических тонзиллитах интенсивность головной боли может быть разной. Преимущественная локализация боли — затылочная область.

В механизме развития головной боли при тонзиллитах имеет значение раздражение инфекционными токсинами чувствительных нервных окончаний и волокон черепных нервов, иннервирующих мягкое небо, глотку, гортань (языкоглоточный и блуждающий, черепные нервы).

Лечение головной боли при тонзиллитах зависит от лечения основного заболевания и сводится к проведению противовоспалительных мероприятий, а в упорных случаях и к тонзиллэктомии — удалению миндалин.

При невралгии тройничного нерва, заболевании, проявляющемся кратковременными приступами мучительных болей, как правило, в лице, боль обычно локализуется в зоне одной или нескольких ветвей тройничного нерва. При невралгии I ветви отмечается боль в области лба, II ветви — в области щеки и носа, III ветви — нижней челюсти. Боль может захватывать и всю половину лица.

Во время приступа, кроме боли, появляются покраснение лица, слезотечение, сокращения мимической и жевательной мускулатуры и др. Приступ обычно длится

несколько секунд. На коже лица или слизистой оболочке полости рта имеются участки, легкое прикосновение к которым провоцирует приступ боли. Приступ также может возникнуть при разговоре, приеме пищи, жевании. Боль может распространяться на всю половину головы. В этих случаях появляется усиленное слюно- и слезотечение, а также отделяемое из носа.

Причина невралгии тройничного нерва до конца не установлена, а поэтому и механизмы развития болевого синдрома не вполне ясны. Считается, что болевые импульсы возникают вследствие повышения возбудимости системы тройничного нерва как ее периферических, так и центральных аппаратов. В ряде случаев невралгия тройничного нерва может быть обусловлена различными болезненными процессами в зубочелюстной системе, придаточных пазухах носа, слизистой оболочке языка и полости рта. Имеют значение такие процессы, как кариес зубов, гаймориты, стоматиты (воспаления слизистой оболочки полости рта), нарушения прикуса и т. п. Такой вид невралгии носит название одонтогенных невралгий тройничного нерва.

Для прекращения болей при невралгии тройничного нерва применяют не обезболивающие средства, а противосудорожные препараты, которые назначает врач (финлепсин, стазепин и т. п.). Помогают сухое тепло, покой. Невралгия тройничного нерва относится к заболеваниям, требующим длительного, систематического, упорного лечения. В межприступном периоде больные должны избегать переохлаждения. Важно своевременно провести санацию (оздоровительное лечение) полости рта и зубочелюстной системы, лечение хронических очагов инфекций придаточных полостей носа. Иногда невралгические боли исчезают после проведения курса лечения зубов, а в некоторых случаях после исправления прикуса. Следует заметить, что при невралгии может приносить временное облегчение блокада тройничного нерва с помощью спирта с новокаином. Однако она способствует развитию неврита, поэтому в последнее время от блокады в качестве лечебного средства отказались.

Полезны также утренняя физическая зарядка, прогулки. Больные должны получать с пищей достаточное количество витаминов.

Отравления

По механизму возникновения головная боль при острых и хронических отравлениях близка к головной боли при инфекционных заболеваниях.

Сильная периодически обостряющаяся головная боль бывает при хроническом отравлении свинцом.

При остром отравлении угарным газом (окисью углерода) появляется диффузная головная боль, наиболее выраженная в области лба и виска.

Постоянная головная боль неопределенной локализации обычно отмечается при отравлении парами бензина.

Во всех случаях появления головной боли в результате общих отравлений лечение должно начинаться с прекращения действия ядовитых веществ и их соединений. Для удаления их из организма больным назначают обильное введение жидкости, а также различные противоядия.

Головная боль может также возникать в случаях появления токсинов (ядов) внутри организма при нарушении работы почек, глистных инвазиях, недостаточности функции печени, деятельности желудочно-кишечного тракта и т. п. Эти вещества могут приводить к самоотравлению (аутоинтоксикации) организма. Одной из причин аутоинтоксикации является запор — недостаточное или редкое опорожнение кишечника. В результате длительной задержки каловых масс в кишечнике происходит гнилостное разложение содержащихся в них аминокислот. Образующиеся при этом продукты распада (различные амины: кадаверин, гистамин и др.) вызывают головную боль разлитого характера, слабость, потерю аппетита. Больные становятся вялыми, бледными, быстро устают при любых видах деятельности и т. п.

Основным в лечении является регулярное опорожнение кишечника.

Нарушения зрения и заболевания глаз

Расстройства со стороны органа зрения могут быть одной из причин головной боли. В основном головная боль возникает от близорукости, дальнозоркости и других болезней, связанных со слабостью глазной мускулатуры. Обычно головная боль при заболеваниях орга-

на зрения бывает уже в детском возрасте и проявляется после длительного напряжения зрения: школьных занятий, посещения театральных представлений, кинотеатров, просмотра телевизионных передач. Особенно характерно появление боли у переносицы.

Как правило, головная боль начинается в лобной или лобно-затылочной области, иногда в затылке. Постепенно она распространяется по всей голове, в ряде случаев даже переходит на шею. Боль тупая, ноющая, иногда пульсирующая.

В механизме возникновения этого вида головной боли играет роль раздражение нервных окончаний тройничного нерва, находящихся в глазных мышцах, которым приходится перенапрягаться при той или иной недостаточности зрения.

Таким больным не помогают никакие таблетки от головной боли, а правильно подобранные очки и выполнение правил гигиены зрения избавляют от мучительной боли.

У взрослых причиной головной боли может быть заболевание глаз, которое называется глаукома. При глаукоме резко повышается внутриглазное давление. Головная боль — основной симптом этой болезни. Обычно боль жестокая, приступообразная, плохо поддающаяся действию даже самых сильных обезболивающих средств. Боль усиливается в ночные часы, особенно в положении лежа. Она может локализоваться в лобноглазной, височной, теменной или затылочной области.

В межприступный период головная боль либо полностью прекращается, либо менее интенсивна.

Развитие головной боли при глаукоме можно объяснить раздражением нервных окончаний I—II ветвей тройничного нерва, а также нервных окончаний в стенках сосудов глазного яблока. Имеет значение и повышение возбудимости к болевым импульсам центральных аппаратов головного мозга.

При глаукоме головная боль уменьшается или прекращается полностью после применения средств, снижающих внутриглазное давление. Облегчение приносят холод на голову, прием димедрола и т. п. В случаях безуспешного медикаментозного лечения прибегают к оперативным методам лечения, основная цель которых — снижение внутриглазного давления.

Опухоли головного мозга

Опухоли головного мозга встречаются, примерно, в 4,5% всех случаев его органических заболеваний. Наиболее часто они возникают в возрасте 20—40 лет. У мужчин они встречаются в 2 раза чаще, чем у женщин. Чаще всего опухоли появляются в лобных долях и в мозжечке. В большинстве своем опухоли головного мозга доброкачественны, то есть имеют четкие границы и медленный рост. Однако доброкачественность этих опухолей относительна, так как любая опухоль, которая при другой локализации оказывается не больше, чем обычной бородавкой, для мозга очень опасна в связи с тем, что может значительно нарушить его деятельность.

Одним из основных симптомов опухолей головного мозга является головная боль. Она обычно стойкая, тупая, периодически обостряющаяся. Ее выраженность меняется при физическом напряжении, кашле, чиханье, изменении положения тела. В поздних стадиях болезни головная боль становится постоянной. Ее выраженность обычно больше у взрослых, чем у детей и стариков. Характерная черта головной боли при опухолях мозга — ее неуклонное нарастание (не только по интенсивности, но и по длительности приступов). Особенностью боли является ее усиление по ночам и к утру. Головная боль часто сопровождается обильной рвотой по утрам (отсюда ее бытовое название «мозговая рвота»).

Четкой зависимости между положением опухоли и проявлением боли не имеется, хотя в отдельных случаях локализация боли может иметь значение. Так, при опухолях лобной доли мозга боль преимущественно наблюдается в области лба, при височной локализации — в височной области. Вместе с тем затылочные опухоли проявляются болями в лобной или же височной либо теменной области и часто не характеризуются болями в затылке.

Таким образом, некоторая локальность головной боли при опухолях головного мозга может быть, но часто наблюдается несоответствие места расположения опухоли области распространения боли. Эту зависимость можно отметить лишь при поверхностно располагающихся опухолях. Боль может быть совершенно невыносимой при небольших опухолях и нерезко выраженной

при очень больших опухолях. Механизм развития головной боли при опухолях очень сложен. При расположении опухоли вблизи оболочек мозга боль возникает в результате раздражения нервов оболочек. Имеют также значение повышение внутричерепного давления, раздражение чувствительных черепных нервов и нервных окончаний в стенках венозных синусов и артерий твердой мозговой оболочки, если опухоль локализуется вблизи этих образований. Определенная роль принадлежит влиянию на нервную систему различных биохимических изменений, появляющихся при опухолях мозга.

Важна и индивидуальная чувствительность к болевым раздражениям. Этим объясняется неодинаковая выраженность и характер головной боли у разных больных при опухолях одинакового строения, размера и расположения.

Временное ослабление головной боли при опухолях может наступать после применения обезболивающих средств. Однако вскоре головная боль появляется с новой прежней силой.

Шейный остеохондроз

Остеохондроз (греч. остеон — кость, хондрос — хрящ) позвоночника — это первично дегенеративный процесс, развивающийся в межпозвоночных дисках, представляющих собой хрящевые прокладки между позвонками. Каждый межпозвоночный диск состоит из фиброзного кольца и студенистого ядра, поэтому межпозвоночные диски являются своеобразными амортизаторами, благодаря которым давление на позвоночный столб распределяется равномерно.

При остеохондрозе изменения в первую очередь касаются студенистого ядра. Наступает его высыхание и диск теряет упругость. Происходят разволокнение фиброзного кольца и разрушение его волокон, появляются трещины. В результате этого диск уплощается и выпячивается за пределы позвонков. Тела позвонков сближаются, а это приводит к повышению нагрузки на межпозвоночные суставы. В них возникают дегенеративные изменения и развивается заболевание — спондилоартроз.

Происходит реактивное изменение структур тел позвонков, главным образом по их краю. Образуются костные разрастания по краям тел позвонков в виде клювов, щипов и усиков. Эти изменения тел позвонков

(деформирующий спондилез) являются компенсаторным приспособлением организма и при отсутствии осложнений обычно никакими симптомами не проявляется.

Остеохондроз и деформирующий спондилез довольно часто определяются у практически здоровых людей в возрасте старше 40—45 лет. Изменения могут отмечаться во всех отделах позвоночника, но наиболее часто — в позвонках поясничного и шейного отделов. И хотя изменения могут проявляться в любом из межпозвоночных дисков, все же наиболее часто и в первую очередь они возникают в дисках, на которые приходится максимальная нагрузка. В шейном отделе позвоночника наиболее выраженными оказываются изменения в диске между V и VI позвонками.

Изменения типа остеохондроза и деформирующего спондилеза некоторые люди, не сведущие в медицине, считают «отложением солей» в позвонках, причем нередко полагают, что речь идет об отложениях поваренной соли. Однако процесс этот очень сложный и к поваренной соли никакого отношения не имеет. Он связан с обменом веществ и так упрощенно рассматриваться не может.

Определенной зависимости между изменениями в позвоночнике, выявляемыми на рентгенограммах, и болезненными проявлениями не имеется. Часто обнаруженные на рентгенограмме изменения никакими болезненными симптомами не сопровождаются, а иногда, наоборот, у больных могут быть выраженные клинические симптомы остеохондроза при отсутствии или же при очень незначительных изменениях на рентгенограмме.

Для понимания механизмов развития симптомов, обусловленных шейным остеохондрозом, следует знать, что в телах шейных позвонков проходят кровеносные сосуды, принимающие участие в кровоснабжении головного и спинного мозга, а также нервные сплетения. В канале поперечных отростков проходят правая и левая позвоночные артерии. Входя в череп через большое затылочное отверстие, они кровоснабжают ствол мозга и затылочные доли больших полушарий. Каждую позвоночную артерию окутывает симпатическое сплетение и рядом с ней проходит позвоночный нерв. Следовательно, болезненные явления при шейном остеохондрозе будут сводиться к сосудистым нарушениям, изменениям в нервных сплетениях и волокнах, выходящих между

позвонками, из которых формируются поверхностные нервы головы (большой и малый затылочные нервы и большой ушной нерв). Основными синдромами при шейном остеохондрозе являются синдром позвоночной артерии, гипертензионный синдром, синдром шейной мигрени, корешковый синдром, гипоталамический синдром и др. При всех этих синдромах на первый план выступает головная боль, но механизм ее возникновения при разных синдромах неодинаков.

При синдроме позвоночной артерии головная боль появляется на ранней стадии заболевания. Обычно боль диффузного характера с преимущественной выраженностью в шейно-затылочной области. Боль постоянная, периодически усиливающаяся, особенно по утрам. Во время приступов может возникать головокружение, особенно при поворотах головы; иногда отмечаются снижение слуха на одно ухо, расстройства зрения, пошатывание при ходьбе.

Развитие головной боли объясняется сдавлением позвоночных артерий костно-фиброзными разрастаниями. При поворотах головы явления сдавления усиливаются и все болезненные проявления нарастают.

Одним из ранних признаков гипертензионного синдрома (повышения внутричерепного давления) является головная боль распирающего характера, усиливающаяся при поворотах головы, глазных яблок. Боль может сопровождаться тошнотой, рвотой. Длительность приступа около 2—5 ч. Головная боль этого вида является результатом сдавления артерий и вен в межпозвоночных отверстиях и в связи с этим затруднения венозного оттока крови от головы. Это приводит к венозному застою в черепе и развитию гипертензионных явлений.

При шейном остеохондрозе может возникнуть синдром «шейной мигрени». К классической мигрени она прямого отношения не имеет, а названа так потому, что боль захватывает, кроме шеи, и одну из половин головы. «Шейная мигрень» проявляется головной болью преимущественно в одной половине головы, возникающей в шейно-затылочной области с распространением боли в теменную, височную области и в глаз. Часто боль носит приступообразный характер и сопровождается рвотой. Приступы длятся от 6 до 10 ч. Голова у больных обычно бывает повернута в сторону, противоположную локализации боли. «Шейная мигрень» может быть

одним из ранних симптомов шейного остеохондроза. Симптомокомплекс возникает в результате раздражения позвоночного нерва.

У больных шейным остеохондрозом могут отмечаться симптомы, связанные с нарушением деятельности и определенных отделов мозга, — так называемой диэнцефальной или гипоталамической области. При этом появляются головная боль, ощущение проваливания, сердцебиение, озноб. Все эти явления возникают в виде приступов, длящихся 20—30 мин и обычно заканчивающихся обильным и частым мочеиспусканием. Могут быть боли в области сердца. Этот симптомокомплекс обозначают как гипоталамический синдром. Его возникновение объясняют длительным раздражением особых шейных (симпатических) узлов. Очевидно, имеет значение и хроническая недостаточность мозгового кровообращения вследствие сдавления позвоночных артерий, обеспечивающих кровоснабжение гипоталамической области.

У больных шейным остеохондрозом может развиться корешковый синдром, при котором появляется боль в шейном отделе позвоночника, отдающая в руку, а также боль в затылочной области. Развитие боли обусловлено раздражением нервных корешков, возникновением в них явлений отека, в основном развивающегося в связи с их сдавлением.

При выраженном остеохондрозе больные при поворотах головы в шейном отделе ощущают хруст, треск, им кажется, что «будто что-то в шее зацепилось». Со временем, если не проводится лечение, интенсивность всех явлений может нарастать.

Причины развития остеохондроза позвоночника недостаточно ясны. Несомненно, имеет значение нарушение обменных процессов, приводящее к дегенеративным изменениям в хрящах и суставах, этиологию которых нельзя свести к одному фактору. Ввиду того что процесс обычно развивается в среднем и пожилом возрасте, следует, вероятно, считать, что имеют значение и явления возрастного изнашивания.

В последние годы установлена зависимость между наличием хронических инфекционных процессов (ангина, тонзиллиты и т. п.) и возникновением остеохондроза. Поэтому лечение в каждом случае должно быть индивидуальным.

Лечение головной боли при шейном остеохондрозе определяется тем синдромом, в основе которого лежит головная боль. Во всех случаях острого возникновения головной боли необходимо обеспечить максимальный покой шейному отделу позвоночника — больной должен быть уложен в постель. Нежелательны чрезмерные движения в шейном отделе, особенно сгибание и разгибание.

Рекомендуется прием сосудорасширяющих средств и препаратов, улучшающих сердечное и мозговое кровообращение. В период обострения лечение головной боли должно проводиться только под контролем врача.

В межприступном периоде назначаются препараты, нормализующие обмен веществ. Показаны препараты, снижающие активность гиалуронидазы: ацетилсалициловая кислота, димедрол, витамины С и B_1.

С целью профилактики вторичных явлений остеохондроза разработаны специальные гимнастические упражнения. Выполнение их является одной из основных мер предупреждения головной боли при шейном остеохондрозе. Рекомендуется следующий комплекс упражнений (рис. 2).

1. Сесть на стул спиной к спинке стула, руки согнуть в локтевых суставах, пальцы кистей уложить на область плечевых суставов. Производить круговые движения рук в плечевых суставах, вращая руки вначале вперед, а затем назад, постепенно увеличивая амплитуду движений. Темп медленный. Повторить 5—6 раз.

2. Сесть на стул, положить руки за голову, сцепив их в кистях. Разводя локти назад, делать вдох, поворачивая их вперед — выдох. Темп медленный. Повторить 5—10 раз.

3. Исходное положение стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Производить повороты туловища влево и вправо (4—5 раз в каждую сторону). Темп медленный. Дыхание произвольное.

4. Сесть на стул, поднять вверх расслабленные руки — вдох, опуская, отвести их назад и слегка наклониться вперед, не наклоняя голову, — выдох.

5. Сесть на стул спиной к спинке. Делать наклоны головы вперед и назад с обязательной остановкой в промежуточном положении шеи (1 с). Темп медленный, 4—5 раз в каждую сторону. Наклоны должны производиться в максимальном объеме, но без напряжения, и

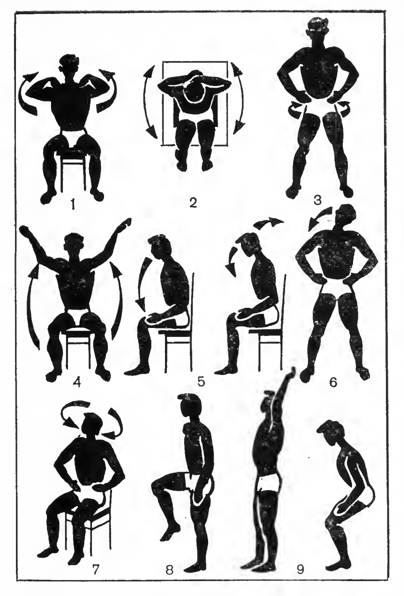


Рис. 2. Комплекс упражнений при шейном остеохондрозе.

ограничиваться появлением боли. Дыхание произвольное.

6. Исходное положение стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Делать повороты головы вправо и влево с одновременным наклоном головы к плечу (4—5 раз в каждую сторону). Темп медленный. Дыхание произвольное.

7. Сесть на стул, руки положить на пояс. Делать вращательные движения головой в одну сторону (2—3 раза), затем в другую (столько же раз). При выполнении упражнения не задерживать дыхание. Между упражнениями с изменениями направления движения следует делать перерыв 5—10 с. Со временем число вращений можно увеличить, руководствуясь самочувствием больного. Основными критериями при этом должны быть частота сердечных сокращений и появление признаков головокружения. При возникновении головокружения и учащении сердцебиения упражнение прекращают.

8. Ходьба обычная, ходьба с высоким подниманием бедер. Дыхание произвольное.

9. Исходное положение стоя. Руки вверх — вдох, опуская руки и полуприседая расслабляясь — выдох.

Общая продолжительность выполнения комплекса 12—15 мин. Комплекс повторяют в течение дня 3—4 раза.

В последнее время рекомендуется комплекс упражнений, направленных на укрепление мышц шеи по принципу самосопротивления (изометрии).

Основной принцип этого комплекса состоит в активном физическом напряжении мышц шейно-плечевого пояса (рис. 3). Можно использовать следующие упражнения:

1. Больной сидит в обычном положении так, чтобы голова не была повернута ни в какую сторону, и своими руками фиксирует голову в нормальном физиологическом положении. При этом он пытается совершить повороты головы вправо и влево. В данных условиях шейные позвонки остаются практически неподвижными относительно воображаемой осевой линии, а мышцы шейно-плечевого пояса испытывают значительное физическое напряжение, встречая сопротивление при фиксации головы.

2. Руки больного фиксируют голову в нормальном

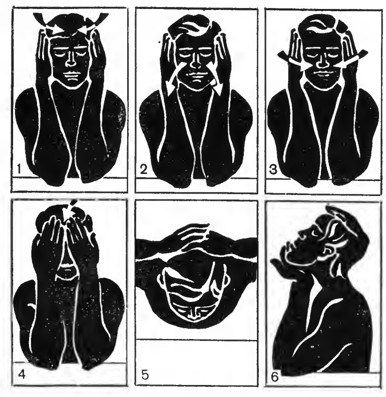


Рис. 3. Комплекс упражнений для мышц шеи методом самосопротивления (изометрии).

физиологическом положении. Больной пытается совершить наклоны головы к плечу вправо и влево. Руками создается сопротивление.

3. Голова больного зафиксирована в правильном физиологическом положении. Правой рукой больной совершает давление на голову в области правой ушной раковины; то же самое повторяет левой рукой с левой половиной головы.

4. Это упражнение лучше выполнять сидя за столом. Руки больного согнуты в локтях и поставлены на поверхность стола по ширине плеч; ладони лежат на области лба. Лбом больной давит на ладони обеих рук. (Без упора локтей в горизонтальную поверхность упражне-

ние выполнять сложней: руки очень скоро начинают уставать и слабеют.)

5. Руки больного сцеплены в замок на затылке, головой больной давит на ладони сцепленных рук.

6. Упражнение для глубоких мышц верхнего отдела позвоночника, мышц глотки и мягкого неба. Голова больного слегка наклонена назад, нижняя челюсть максимально выдвинута вперед, кончик языка попеременно упирается в верхнее небо и нижние зубы. Рукой можно слегка поддерживать подбородок.

Каждое упражнение рекомендуется проделывать 5—15 с, повторяя их друг за другом по нескольку раз в день.

Для проведения упражнений не требуется специальных условий. Их можно выполнять как дома, так и в условиях производства и даже по пути на работу и с работы в транспорте.

Достаточно активный режим и гимнастические упражнения для мышц шеи и позвоночника являются одной из действенных мер предупреждения развития остеохондроза позвоночника, а также профилактики неврологических осложнений.

Важное место в лечении головной боли при шейном остеохондрозе занимает самомассаж. Основными его видами являются поглаживание и растирание, разминание, вибрация мышц.

Самомассаж проводят не более 15 мин 1—2 раза в день. Он должен начинаться и завершаться поглаживанием. Лучше делать массаж сидя, повернув голову в сторону, противоположную массируемой половине шеи. Если из-за сильной боли это сделать невозможно, то массаж проводится в положении головы, при котором болевые явления оказываются минимальными.

Кистью руки, противоположной массируемой стороне, производят поглаживание боковых поверхностей шеи от затылка до плечевого сустава (рис. 4, а). Можно при этом поддерживать локоть массирующей руки другой рукой (рис. 4, б). В том же направлении производят выжимание. Его делают основанием ладони и выпуклостью большого пальца. Затем слегка согнув пальцы, подушечками пальцев делают круговые и продольные поглаживания 3—4 раза. После чего кожу растирают. Пальцы должны не только надавливать на кожу, но смещать и растягивать ее.





Рис. 4. Самомассаж шеи и надплечий при головной боли у больных шейным остеохондрозом.

В том же направлении производится и разминание. Оно делается основанием ладони и выпуклостью большого пальца. Затем, слегка согнув пальцы кисти, подушечками четырех сомкнутых пальцев производят кругообразные растирающие и разминающие приемы. Вначале массируются мышцы шеи около позвоночника, далее другие мышечные группы, расположенные несколько кпереди и так далее до передней части шеи (см. рис. 5, а). Не следует сдавливать сильно сосуды шеи, так как это может приводить к обморокам. Более интенсивно массируется задняя поверхность шеи, особенно ее верхний отдел.

В этих случаях применяется разминание и энергичное поглаживание.

Затем делается похлопывание ладонными и тыльными поверхностями пальцев по задней и боковым поверхностям шеи. Заканчивается массаж шеи обхватывающими поглаживаниями.

Каждый прием выполняется от 3 до 10 раз. Проведя массаж на одной стороне в той же последовательности делают его на другой. Особенно следует усилить массирование мышц задней и боковой поверхности шеи. Массаж можно проводить сразу с двух сторон (рис. 5, б). На передней части шеи разрешается проводить лишь поглаживание.

Заканчивая самомассаж, можно использовать механический вибромассажер. Направления те же, но продолжительность каждой процедуры не более 2 мин. В качестве насадки лучше использовать губку.





Рис. 5. Приемы разминания мышц при головной боли у больных шейным остеохондрозом.

При проведении массажа не следует задерживать дыхание, так как при этом могут нарушиться венозный отток крови от мозга и возникнуть неприятные ощущения.

Как правило, самомассаж дает значительное облегчение больным, особенно, если его проводят по утрам.

Неврозы

По современным представлениям, невроз — это нервно-психическое заболевание, в основе которого лежит конфликт. Болезнь возникает в результате психических травм и характеризуется обратимостью болезненных нарушений, а также отсутствием психотических симптомов. Наибольшее признание получило деление неврозов на три основные формы: неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний.

Основными симптомами неврастении являются повышенная раздражительность, быстрая утомляемость и расстройство сна. Само слово «неврастения» означает нервная слабость.

При этом виде невроза головная боль отличается многообразием как по характеру проявления, так и по степени выраженности, продолжительности и области локализации боли. Больные описывают головную боль при неврастении, как ощущение давления, стягивания, натяжения, своеобразной каски, шапки, шлема или обруча на голове, как болевое ощущение пульсирующего характера, иногда как ощущение, которое больной не в

состоянии точно охарактеризовать и тем более локализовать. Больные часто отмечают болезненность при дотрагивании до волосистой части головы.

Головная боль при неврастении обычно локализуется в области лба, темени и других областях головы. Для невротической головной боли характерно усиление ее при напряжении внимания (например, при длительном чтении, просмотре кинофильмов, телевизионных передач и т. п.), при пребывании в душных, плохо проветриваемых помещениях, при возникновении различных травмирующих психику ситуаций.

Кроме головной боли, больные неврастенией предъявляют массу жалоб на боли в других частях тела: пояснице, конечностях, внутренних органах. Больные неврастенией не могут долго задерживать свое внимание на чем-либо одном, они рассеяны, невнимательны, фиксированы на своих болезненных ощущениях, прислушиваются к ним, плохо спят, легко пробуждаются, долго не могут уснуть.

При истерии отмечаются повышенная эмоциональность и внушаемость, проявляющиеся многообразием симптомов (нарушения в двигательной, чувствительной, вегетативной и других сферах).

Головная боль при истерии встречается реже, чем при неврастении. Больные истерией красочно описывают болевые ощущения. Боль у них часто появляется после того, как они услышат о боли у кого-либо из окружающих, т. е. по типу подражания. В этих случаях больные не могут точно описать характер боли и локализовать ее. Характерна повторяемость головной боли при каждом новом эмоциональном напряжении.

Больные истерией описывают головную боль очень детально, прибегая к очень ярким образным сравнениям. Так, например, они говорят, что чувствуют, будто у них «в голове стучит мотор», «что-то напрягается», «булькает», «что-то вот-вот лопнет» и т. д. Дополнительно они жалуются на то, что голова у них мерзнет, как будто к темени или затылку приложено что-то холодное.

Невроз навязчивых состояний — заболевание которое проявляется психической слабостью, потерей чувства реального, навязчивыми мыслями или действиями, сомнениями и слабостью воли. Головная боль при этом виде невроза возникает редко. Для нее характерны

отсутствие точной локализации и обязательна постоянная ситуационная обусловленность.

Необходимо отметить, что при разных видах неврозов нередко больные к головной боли относят ощущения такого типа, как «пустая голова», «ватная или протезная голова» и т. п. Эти ощущения характерны для неврозов, но они к головной боли прямого отношения не имеют.

Проявления головной боли при неврозах, особенно ее выраженность и характер, во многом определяются настроением больного и меняются в зависимости от степени отвлечения его внимания от болезненных ощущений.

Основным признаком, на который обычно опираются при распознавании невротической головной боли, считается появление ее после травмирующих психику обстоятельств, а иногда лишь при упоминании о них, что нехарактерно для других видов головной боли. Однако следует иметь в виду, что психогенные факторы могут способствовать возникновению головной боли не только при неврозах.

Основным принципом лечения и профилактики головной боли при неврозах является лечение невроза и прежде всего устранение вызвавших его причин.

В начале курса лечения применяют болеутоляющие средства и по показаниям снотворные препараты.

В связи с повышенной реактивностью больных неврозами, лечебный эффект у них обычно дают дозы лекарств, значительно меньше средних, применяемых во врачебной практике. Как правило, каждому больному дозу того или иного медикамента подбирают индивидуально.

Хорошие результаты получают при иглорефлексотерапии. Благотворным действием солнечных лучей объясняется улучшение состояния у больных с функциональными головными болями летом на отдыхе и прекращение у них головных болей.

Выраженное противоболевое действие у больных с явлениями невроза оказывают вдыхание кислорода, пребывание на свежем воздухе, особенно в парке или лесу, прогулки перед сном, легкие спортивные упражнения.

При головных болях у таких больных имеет значение не столько медикаментозное лечение, сколько правильная организация труда и отдыха. Этим больным ни

в коем случае нельзя выполнять работы без определенного режима — то затягивающуюся на ночные часы, то сменяющуюся тягостным бездельем.

Рекомендуется систематическая утренняя зарядка. У больных неврозами результат лечения во многом зависит от доверия больного врачу. Обычно успешным бывает лечение внушением и самовнушением. Первое проводит врач-психиатр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из книги читателю должно стать понятным, насколько многообразны причины головной боли и насколько сложны механизмы ее развития.

В тех случаях, когда головная боль стойкая и особенно, если она имеет тенденцию к неуклонному нарастанию, необходимо обратиться к врачу и с максимальной подробностью изложить проявления головной боли.

Если больной страдает головной болью продолжительное время, и диагноз заболевания уточнен лечащим врачом, не следует обращаться за помощью в лечебные учреждения высших инстанций без ведома лечащего врача.

В СССР уровень лечебно-профилактической помощи во всех регионах страны квалифицированный. Право решения вопроса о направлении больных на консультацию в другие лечебные учреждения дано только лечащему врачу и лишь с его согласия оно может осуществиться. В этом случае больной будет иметь необходимые выписки из истории болезни и результаты вспомогательных методов обследования, что позволит более точно и в более короткий срок установить правильный диагноз и назначить обоснованное лечение.

Лечение головной боли может быть успешным лишь при условии тщательного выполнения больным всех назначений врача, основанных на установлении причин возникновения головной боли.

15 коп.

«МЕДИЦИНА»